DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

DUYGU

DUYGULANIM (AFFECT)

Bireyin uyaranlara, olaylara, düşüncelere, anılara neşe, öfke, üzüntü gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir.

"GÜNLÜK VEYA HAFTALIK HAVA DURUMU"

DUYGUDURUM (MOOD)

Bireyin belli bir süre, belli sınırlarda, belli tip bir duygulanım içinde bulunuşudur. Bireyin kendini nasıl hissettiği şeklindeki öznel durumdur.

"İKLİM"

- *Duygulanım ve Duygudurum birbirinden nasıl ayrılır?*
  - Bu ayrımı yapabilmek için duygulanımı nesnel yani dışarıdan gözlemlenen ve o anda gördüğümüz tepkiler olarak değerlendirmek,
  - duygudurumu ise öznel yani kişinin kendisini nasıl hissettiğini sorduğumuzda verdiği yanıt olarak değerlendirmek gerekir.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDAKİ ANA DUYGUDURUM TİPLERİ

😐 NORMAL (Euthymia)

Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir, aşırılığı yoktur

☹ ÇÖKKÜN (Depressed)

Üzüntü, elem, keder baskındır

☺ YÜKSELMİŞ (Elevated)

Genellikle Neşe / Coşku (euphoria) veya daha az sıklıkla Öfke (irritability) baskındır

DUYGUDURUM TİPLERİ

Ötimik Duygudurum

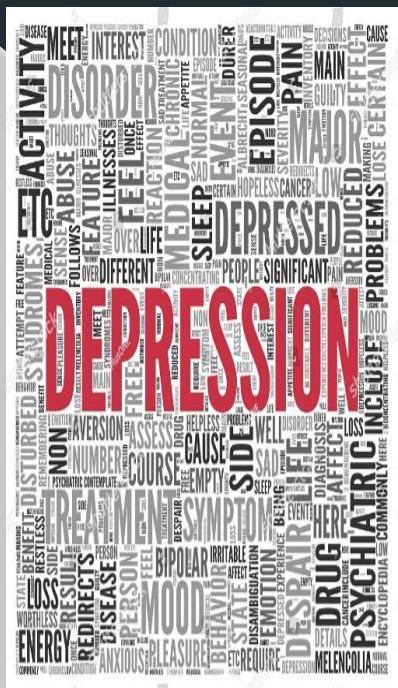
- **Normal Duygudurum, Euthymia = Ötimi**
- Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre aşırılığı olmayan bir duygusal durumdur.
- Normal ve sakin bir duygudurumu ifade eder. Sıklıkla, ruhsal muayenede aşırı hüzün veya mutluluk değil, **olumlu**, **dengeli** bir duygudurum sergilenmesine ötimi denir.

- **Ötimik duygudurumun ayırt edilmesi:** Depresyon ve mani dönemlerinden ayırt edilmesi için ötiminin doğru tanımlanması önemlidir. Kişiden kişiye değişse de ötimiyi işaret eden ortak ifadeler şunlardır:
  - *İstikrarlı*
  - *Dingin*
  - *Mutlu/memnun*
  - *Uyumlu*
  - *Ilımlı*

DUYGUDURUM TİPLERİ

Depresif Duygudurum

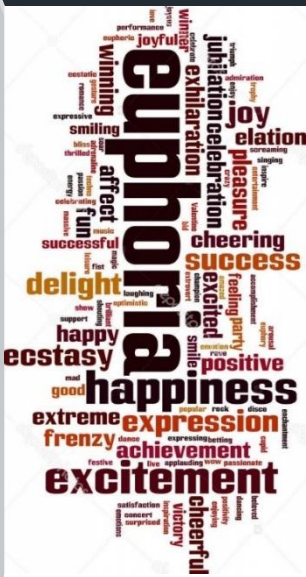
- **Low Mood, Depressed Mood = Depresif**
- Hastanın kendisini daha az enerjik, daha az umutlu ve her zamankinden daha az yeterli hissettiğinde ortaya çıkar
- Çok sayıda başka terim ile de ifade edilir: *keder, hüzün, üzüntü, elem, tasa, gam, dert, sıkıntı (disfori), kasvet, değersizlik, suçluluk, çökkünlük, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik*
- MDB, BB depresif dönem, distimi, siklotimi, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu gibi klinik tabloların tanı ölçütüdür
- Sıklıkla aşağıdaki değişikliklerle birlikte seyreder:
  - Görünüm (kendine bakımda azalma)
  - Davranış (spontan hareketlerde azalma)
  - Konuşma (yumuşak, sessiz ya da az konuşma)
  - Düşünce içeriği (hastalıklı, kötümser temalar)
  - Düşünce yapısı (artmış yanıt latensi)
  - Azalmış bilişsel işlevsellik



DUYGUDURUM TİPLERİ

Öforik Duygudurum

- **Elated Mood, High Mood, Euphoria = Öfori**
- Hastada yoğun bir sevinç, mutluluk, özgüven, enerji ve coşku hali vardır
- Ancak bu, yaşanan olaylar ve gerçeklikle uyumlu olmayan “abartılı” bir iyi hissetme halidir
- Disforik hastalar çare ararken, öforikler aramazlar
- Görüldüğü durumlar: *mani/hipomani, deliryum, şizofreni (dezorganize), madde kullanımı (uyarıcılar)*
- Kullanılan terimler:
  - **Elasyon (coşku, kabarmış duygudurum):** Belirgin bir öfori ile birlikte motor etkinlikte artma
  - **Egzaltasyon:** Grandiyöz düşüncelerin eşlik ettiği yoğun bir elasyon durumu
  - **Ekstazi:** Yoğun bir kendinden geçme duygusu (vecd içinde olma). Genellikle yoğun dinsel yaşantılara eşlik eder
  - **Taşkın (ekspansif) duygudurum:** Kişinin öforik duygularını kısıtlama olmaksızın ifade etmesidir. Özgüveni artmıştır. Grandiyöz düşüncelerle toplumsal ilişkilerinde sınırları zorlayan sonu gelmez girişken eylemler içindedir.

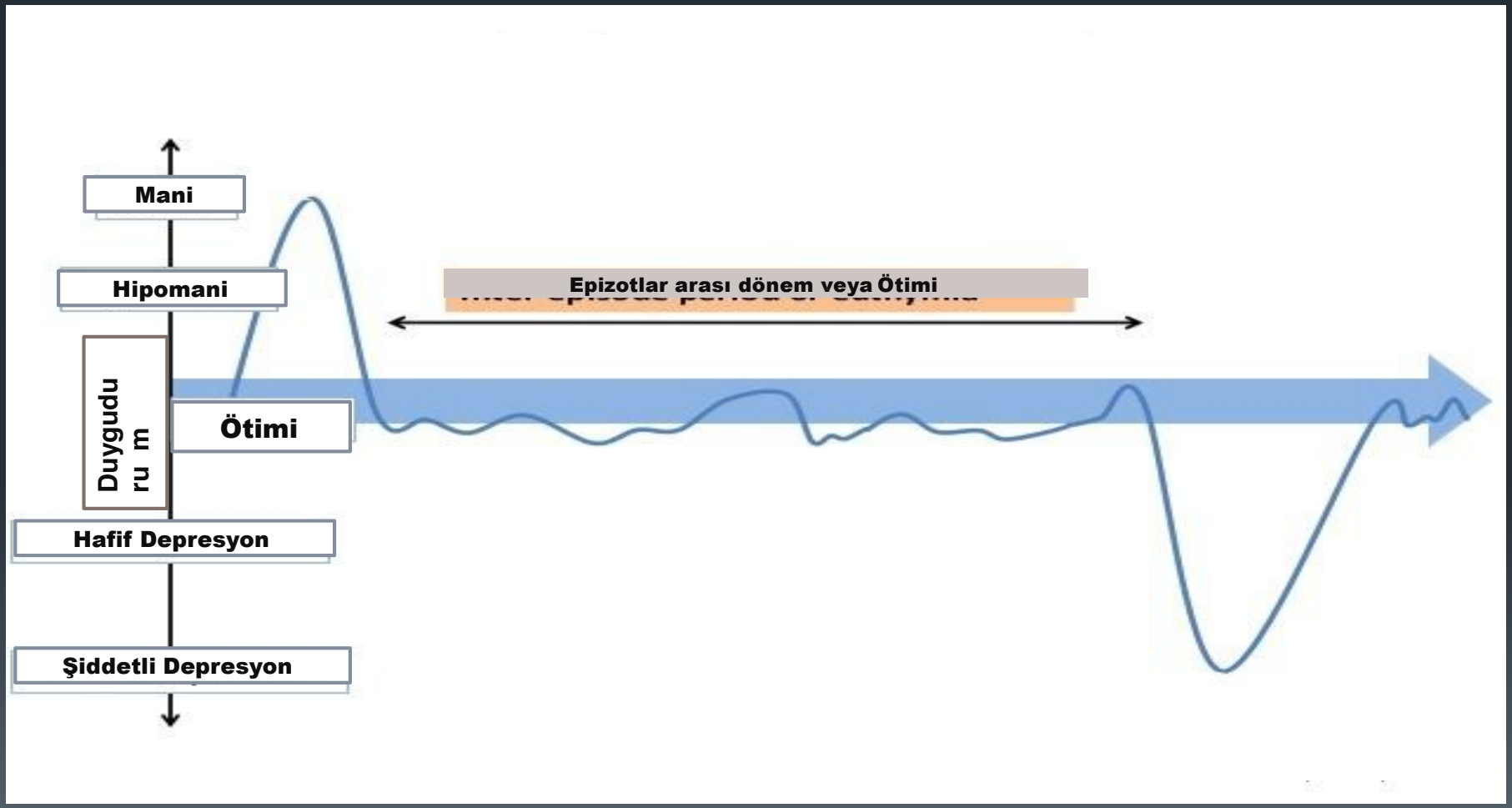


DUYGUDURUM TİPLERİ

Kızgın / Öfkeli / İrritabl Duygudurum

- **Irritable mood = Öfkeli;**
- Kızdırılabilme ve öfke çıkartılabilme eşiğinin düştüğü bir duygudurumdur
- Kolaylıkla parlar, çabuk tepki verir
- Başka nitelik terimleri ile de ifade edilir: *kızgın, keskin, ters, huysuz, öfkeli, sinirli, çabuk kışkırtılan, çabuk parlayan*
- DSM'nin mani ve hipomanide tanımladığı 3 duygudurum tipinden biridir: **(1)** kabarmış (elasyon), **(2)** taşkın (ekspansif), **(3)** öfkeli (irritabl)
- Görüldüğü durumlar:
  - *mani, hipomani, B kümesi kişilik bzk, paranoya, madde kullanımı, yoksunluk sendromu, deliryum, demans*

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDAKİ BAŞLICA DUYGUDURUM TİPLERİ



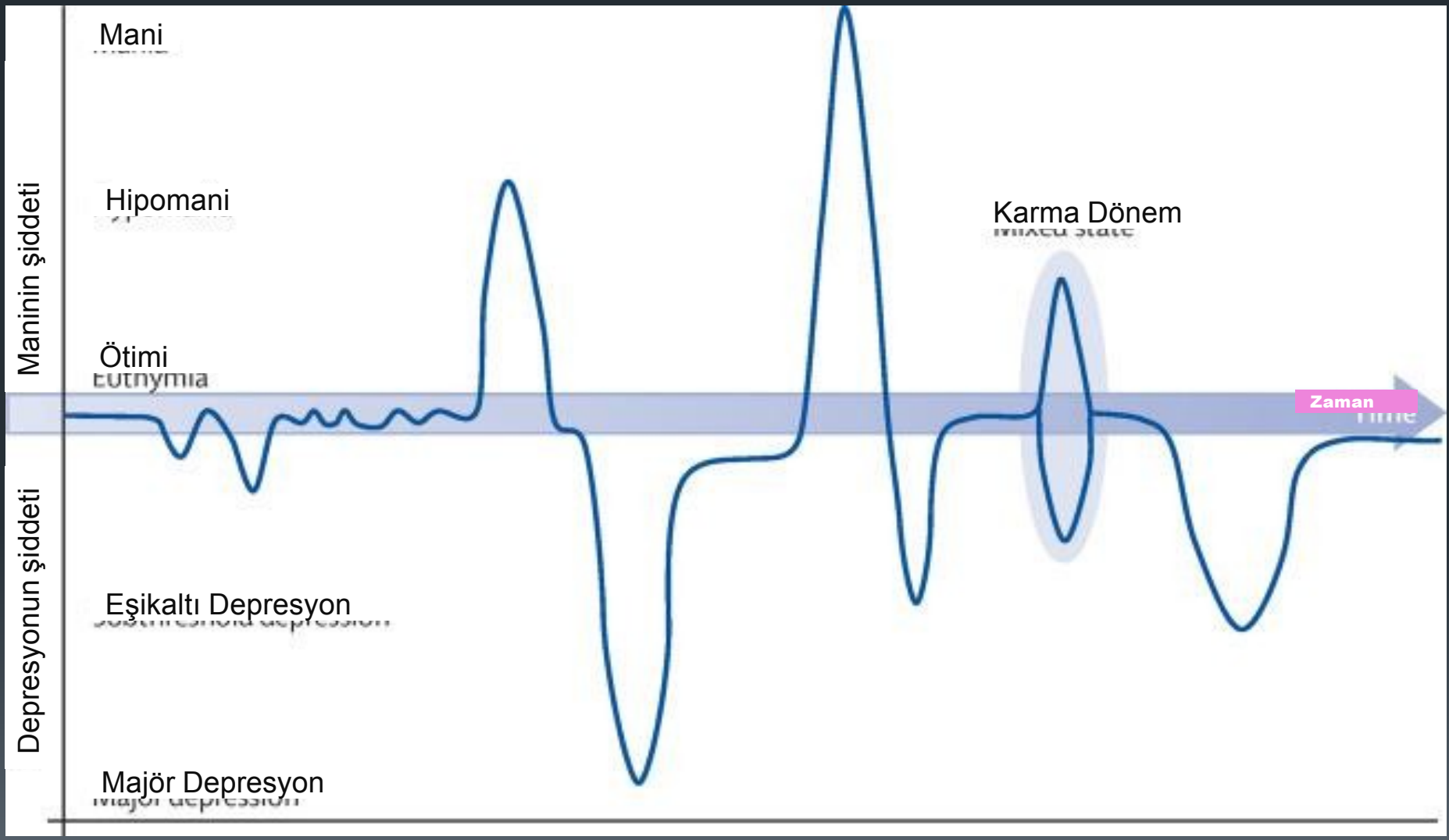
Duygudurum belirtileri nasıl sorgulanmalı?

- *Son zamanlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?*
- *Bugünlerde moraliniz nasıl?*
- *Biraz önce okul arkadaşlarından bahsederken üzüntülü görünüyordun. O anda ne hissetmiştin?*
- *Sizdeki bu neşe, coşku hali devamlı mıdır?*
- *Moraliniz böyle iyi iken adli veya ekonomik problemler çıkıyor mu?*
- *Aileniz ya da yakınlarınız bu neşe halinin fazla olduğunu düşünüyorlar mı?*
- *Kendinizi üzgün, çökkün, mutsuz hissediyor musunuz?*
- *Kendinizi çok gergin ve endişeli hissediyor musunuz?*
- *Kendinizi her zamankinden daha neşeli, mutlu hissediyor musunuz?*
- *Kötü bir şey olacakmış gibi bir endişe oluyor mu?*
- *Moraliniz her zamankine göre nasıl?*

EN SIK GÖRÜLEN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

- **Majör Depresif Bozukluk**
  - Tek nöbet
  - Yineleyici (Unipolar Bozukluk)
    - Yineleyen depresif dönemlerle giden arada iyi dönemleri olan bir bozukluk
- **Bipolar Bozukluk**
  - Yineleyen manik ya da manik-depresif dönemler
  - Arada iyilik dönemi

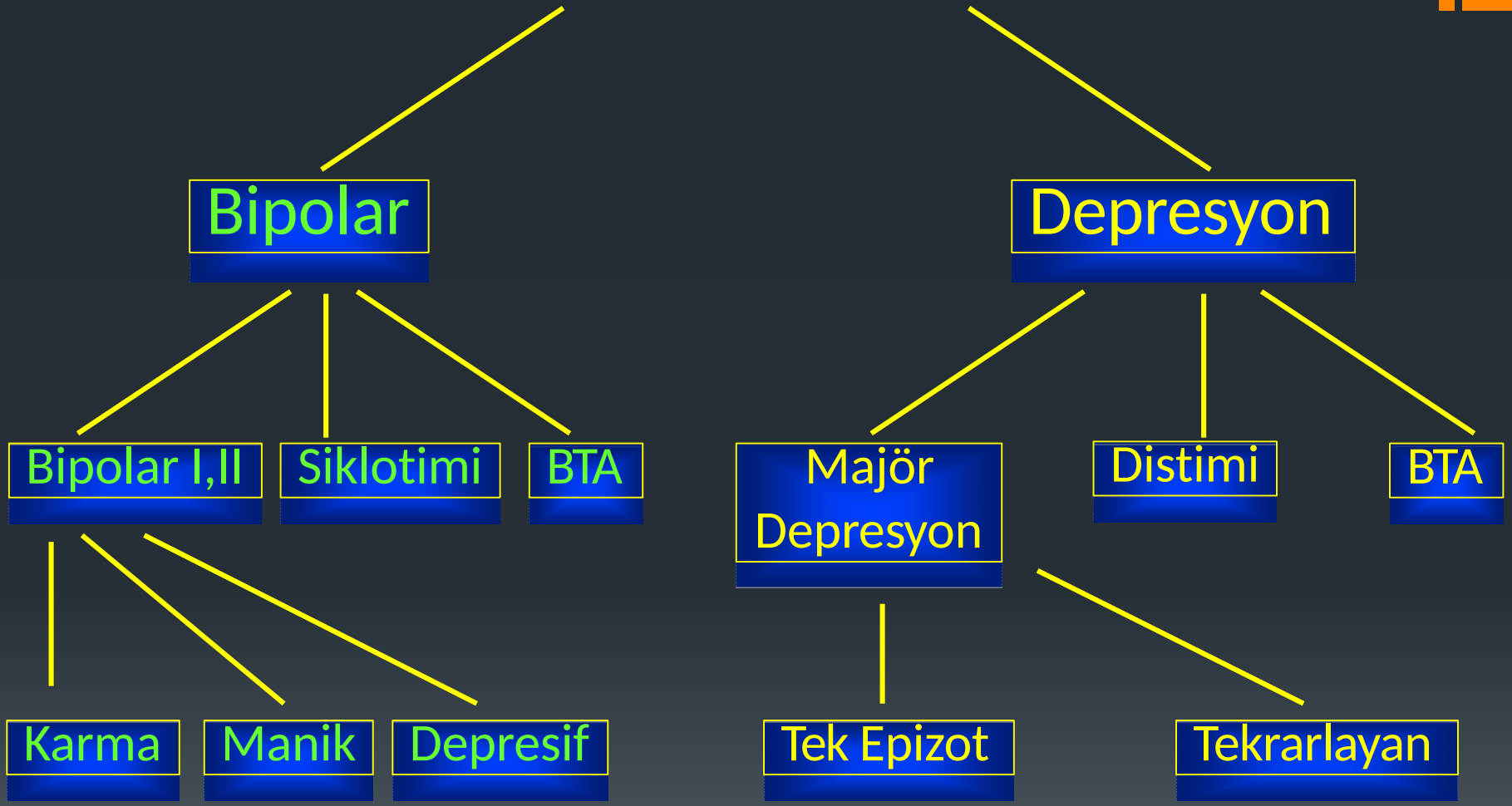
Duygudurum Epizotları



DSM-IV'e göre
Duygudurum Bozuklukları

- **Depresif bozukluklar**
  - Majör depresyon
    - Tek dönem
    - Yineleyici
  - Distimik bozukluk
  - Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk
- **Bipolar (iki uçlu) bozukluklar**
  - Bipolar I bozukluğu
  - Bipolar II bozukluğu
  - Siklotimik bozukluk
  - Başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluklar
- **Genel tıbbi duruma bağlı DDB**
- **Madde Kullanımının Yol Açtığı DDB**
- **Başka türlü adlandırılamayan DDB**

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI



American Psychiatric Association. *DSM-IV*. Washington, DC: APP;1994.

DEPRESYON

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK=
ÇÖKKÜNLÜK

understanding Depression

What Is Depression?

Depression is a serious medical condition that affects thoughts, moods, feelings, behavior, and physical health. There are different types of depressions, the most common is Major Depressive Disorder. Major Depressive Disorder and other types of serious depressions are "long-lasting" and get in the way of a person's ability to work, study, sleep, and eat.

Signs and Symptoms of Major Depression

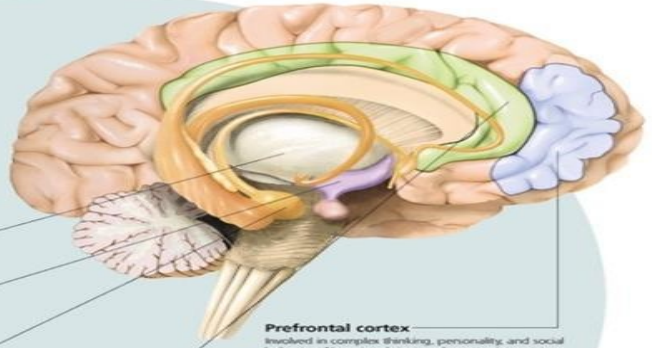
A person may have depression if five or more of the following symptoms are present for more than two weeks at any one time; this should be reported to a healthcare provider.

- Loss of interest or enjoyment in normal daily activities
- Persistent sad, anxious, or hopeless mood
- Irritability or nervousness
- Feelings of guilt, fear, or worthlessness
- Significant weight loss or gain due to appetite change
- Overtiredness and/or decreased energy
- Unable to sleep or too much sleep
- Unexplained crying spells
- Difficulty concentrating, remembering, and/or making decisions
- Little or no interest in companionship or sex
- Thoughts of death or suicide

If thoughts of suicide exist, or if symptoms get in the way of daily activities, one should seek treatment right away.

Areas of the Brain Affected by Depression

Some areas of the brain are underactive in depression, while other areas are over- active. These changes contribute to the emotional and physical symptoms of depression



Thalamus
Controls a person's degree of arousal and awareness, including sleep and hypervigilance. It stimulates the amygdala. The thalamus is highly active in people with depression.

Hypothalamus
Produces the neurotransmitters that are involved in mood and emotional expressions. Serotonin pathways in the hypothalamus help regulate mood and appetite while norepinephrine pathways help regulate emotions and energy level.

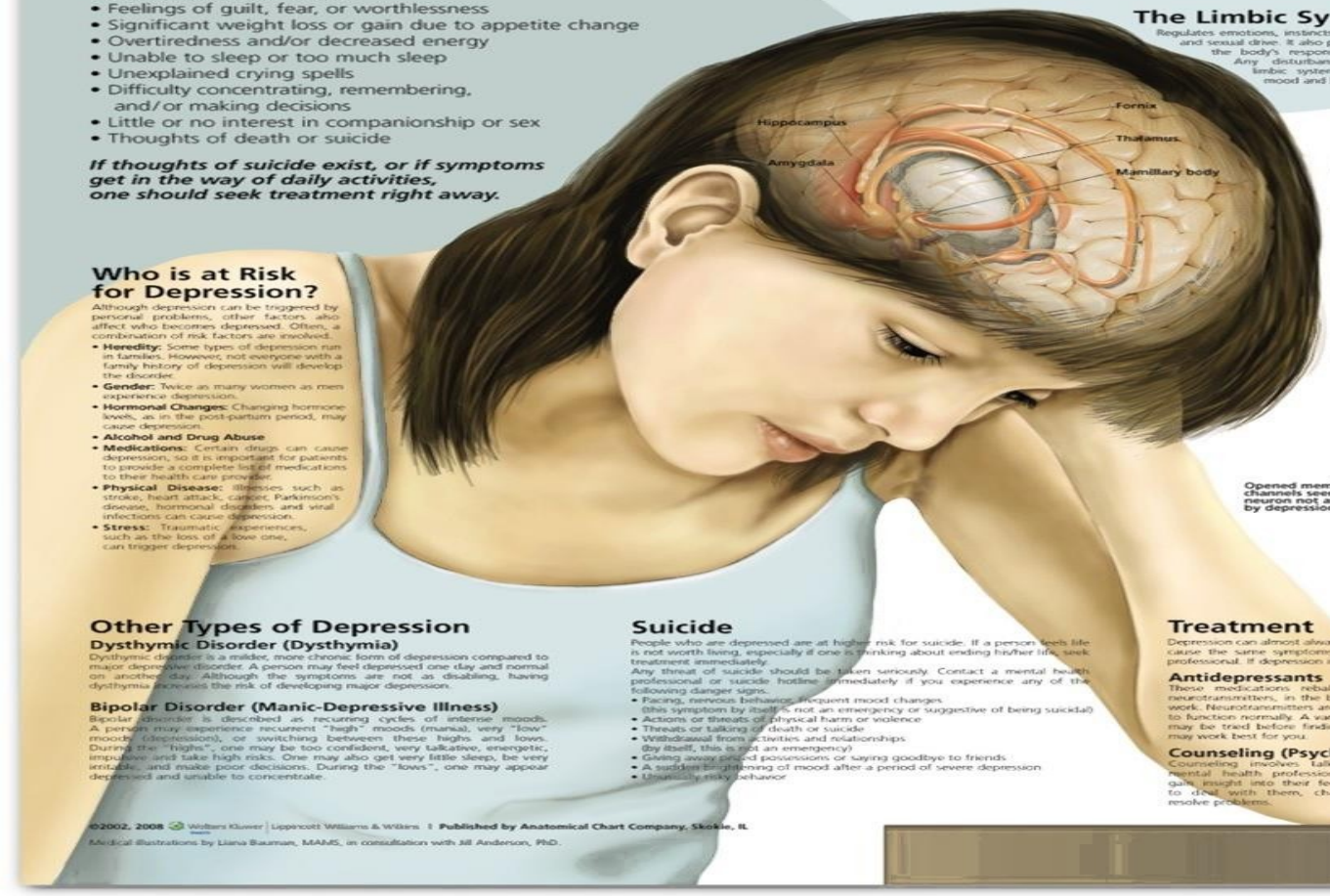
Amygdala
Responsible for negative feelings; it is highly active in people with depression.

Anterior cingulate cortex
Helps associate smells and sights with pleasant memories. It also has a role in emotional response to pain and the regulation of anger. This area is highly active in people with depression.

Prefrontal cortex
Involved in complex thinking, personality, and social behavior. Norepinephrine and serotonin are two neurotransmitters that affect mood in this part of the brain.
Norepinephrine pathways impact attention span, concentration, memory, and information processing. There is decreased activity in the prefrontal cortex in depression.

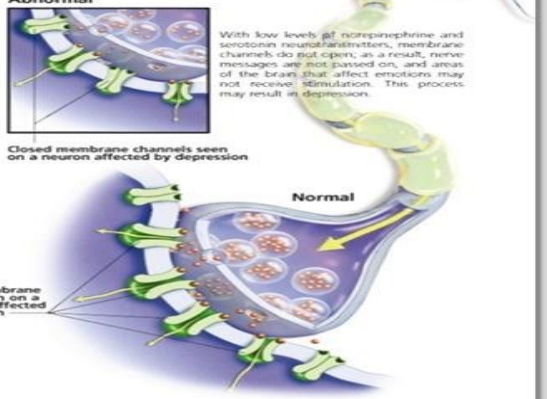
The Limbic System

Regulates emotions, instincts, motivations and sexual drive. It also plays a role in the body's response to stress. Any disturbances to the limbic system can affect mood and behavior.



The Role of Neurotransmitters

Neurotransmitters are chemicals that carry messages between the nerve cells (neurons); these affect behavior, mood, and thought. Depression is related to these chemical imbalances in the brain.



Who is at Risk for Depression?

Although depression can be triggered by personal problems, other factors also affect who becomes depressed. Often, a combination of risk factors are involved.

- **Heredity:** Some types of depression run in families. However, not everyone with a family history of depression will develop the disorder.
- **Gender:** Twice as many women as men experience depression.
- **Hormonal Changes:** Changing hormone levels, as in the post-partum period, may cause depression.
- **Alcohol and Drug Abuse**
- **Medications:** Certain drugs can cause depression, so it is important for patients to provide a complete list of medications to their health care provider.
- **Physical Disease:** Illnesses such as stroke, heart attack, cancer, Parkinson's disease, hormonal disorders and viral infections can cause depression.
- **Stress:** Traumatic experiences, such as the loss of a love one, can trigger depression.

Other Types of Depression

Dysthymic Disorder (Dysthymia)

Dysthymic disorder is a milder, more chronic form of depression compared to major depressive disorder. A person may feel depressed one day and normal on another day. Although the symptoms are not as disabling, having dysthymia increases the risk of developing major depression.

Bipolar Disorder (Manic-Depressive Illness)

Bipolar disorder is described as recurring cycles of intense moods. A person may experience recurrent "high" moods (manic), very "low" moods (depression), or switching between these highs and lows. During the "highs", one may be too confident, very talkative, energetic, impulsive and take high risks. One may also get very little sleep, be very irritable, and make poor decisions. During the "lows", one may appear depressed and unable to concentrate.

Suicide

People who are depressed are at higher risk for suicide. If a person feels life is not worth living, especially if one is thinking about ending his/her life, seek treatment immediately.
Any threat of suicide should be taken seriously. Contact a mental health professional or suicide hotline immediately if you experience any of the following danger signs.

- Pacing, nervous behavior, frequent mood changes (this symptom by itself is not an emergency or suggestive of being suicidal)
- Actions or threats of physical harm or violence
- Threats or talking of death or suicide
- Withdrawal from activities and relationships (by itself, this is not an emergency)
- Giving away prized possessions or saying goodbye to friends
- A sudden brightening of mood after a period of severe depression
- Unusually risky behavior

Treatment

Depression can almost always be treated effectively. Certain medications and medical conditions can also cause the same symptoms as depression, the diagnosis of depression must be made by a health professional. If depression is diagnosed, treatment can include one or more of the following:

Antidepressants

These medications rebalance key chemicals, neurotransmitters, in the brain and take time to work. Neurotransmitters are required for the brain to function normally. A variety of antidepressants may be tried before finding the treatment that may work best for you.

Counseling (Psychotherapy)

Counseling involves talking with a trained mental health professional. It helps people gain insight into their feelings and learn how to deal with them, change behaviors, and resolve problems.

Mood Stabilizers

These medications help soothe mood swings. Many people with bipolar disorder may take mood stabilizers to "even out" their moods.

Alternative Therapies

- **Herbal therapy** may have a beneficial effect on mild cases of depression. Talk to your healthcare provider before taking any herbal or dietary supplement.
- **Regular Exercise** can ease the symptoms of mild depression. Research indicates that physical activity has a positive effect on brain chemicals, which can improve mood and sense of well being.

©2002, 2008 Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins
Published by Anatomical Chart Company, Skokie, IL

Medical illustrations by Liana Bauman, MAMS, in consultation with Jill Anderson, PhD.

DEPRESYONLA EŞ ANLAMLI TANIMLAR/DURUMLAR

- moral bozukluğu
- keyifsizlik
- isteksizlik
- iç sıkıntısı
- üzüntü
- ağlama hali

MAJÖR DEPRESYON

- Çökkün duygudurum*
- İlgi azalması/Zevk alamama*
- Suçluluk duyguları
- Ölüm düşünceleri
- Uyku bozukluğu
- İştah bozukluğu
- Enerji kaybı
- Psiko-motor yavaşlama / ajitasyon
- Konsantrasyon bozukluğu (dikkatini toplayamama, unutkanlık)

En az 2 hafta süreyle

Hemen her gün, günün büyük bölümünde sürmesi

İşlevsellikte azalma

DEPRESYON:
KİMLERDE, NE SIKLIKTA?

- Her yaş ve cinsiyette ve her kesimden insanda;
- **K**adın/**E**rkek: **2** ;
- Yaşam boyu görülme sıklığı: %17-25;
- Nokta prevelansı: %4-8
  - kadınlarda % 5-9, erkeklerde % 2-3)
  - puberte öncesi erkeklerde daha fazla
- Distimik bozukluk: %2-3;
- Sağlık kurumlarına her hangi bir yakınma ile başvuran hastaların **1/5**'inde tedavi edilmesi gereken bir depresif bozukluk bulunmaktadır.
- Ortalama başlangıç yaşı: **29**

DEPRESYON İÇİN RİSK ETKENLERİ

- **Daha önce depresyon geçirmiş olmak**
- Ailede depresyon öyküsü
- Tıbbi hastalık
- Stresör yaşam olayları
- Geçmişte intihar girişimi
- Kadın cinsiyeti
- Çocuk doğurma
- Sosyal desteğin kısıtlı olması
- Madde kullanımı

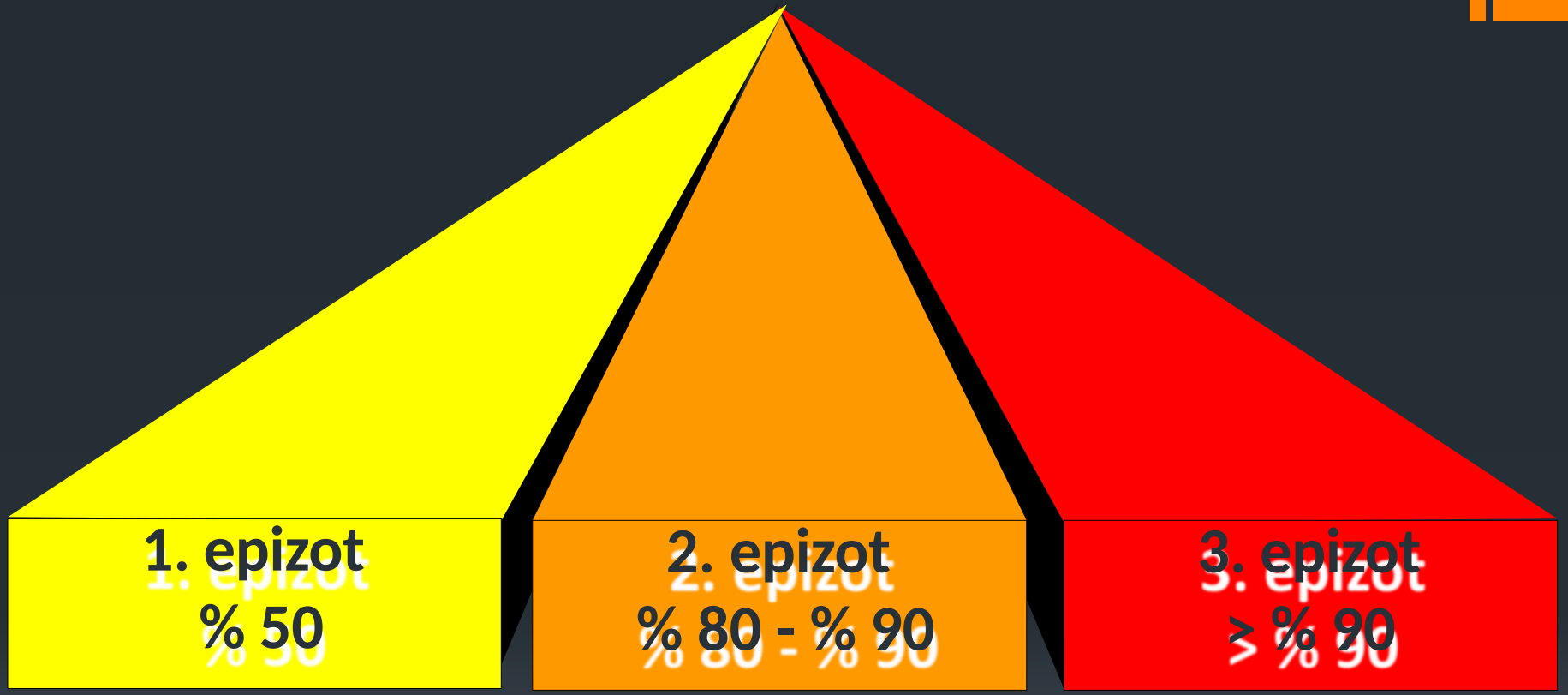
DEPRESYONUN SEYRİ ve NETİCESİ

- Kronikleşebilir;
- Yineleyebilir;
- Bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirme yetisinde ciddi bozulmalara yol açabilir;
- En kötü sonucu **İNTİHAR (ÖZKIYIM)**

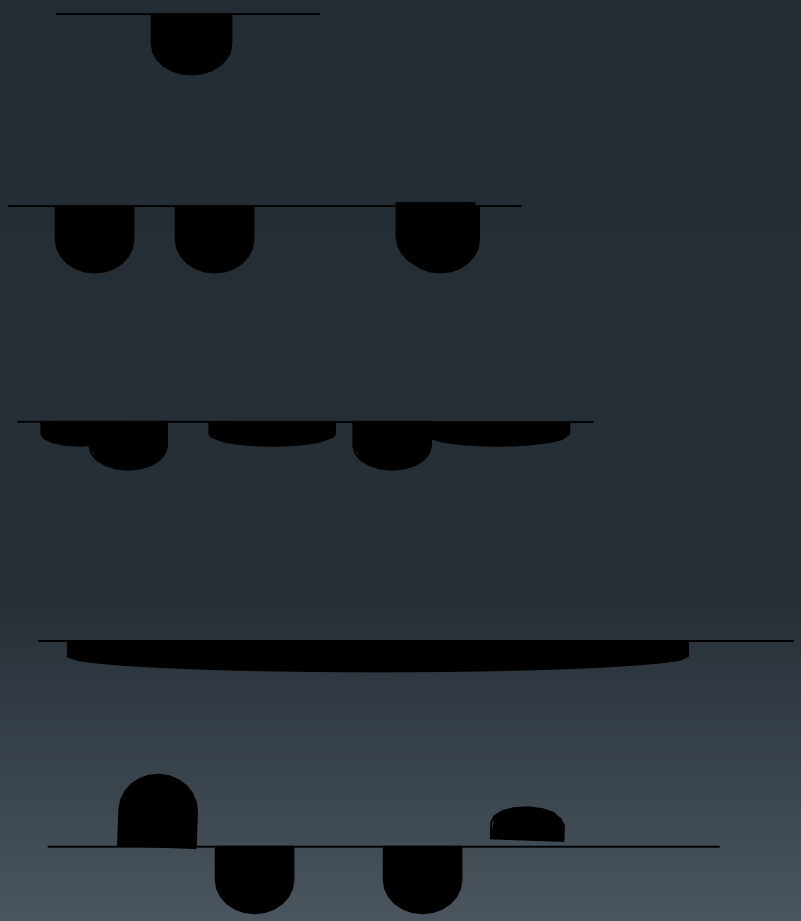
DEPRESYONDA YİNELEMEYİ ARTTIRAN NEDENLER

- Yetersiz antidepresan tedavi;
- Tıbbi ve psikiyatrik ek hastalıkların olması;
- Çevresel stresörlerin bulunması;
- Erken yaşta başlamış olması
- Çok sayıda hastalık dönemi

Depresyon: Yeniden hastalanma riski



FARKLI DEPRESYON TİPLERİ (SEYRİ AÇISINDAN)



Majör depresyon tek epizot

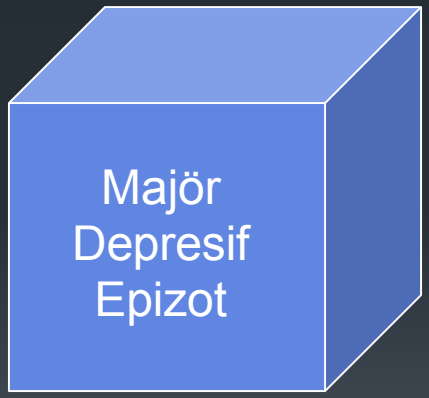
Majör depresyon yineleyici (unipolar)

Double (çifte) depresyon

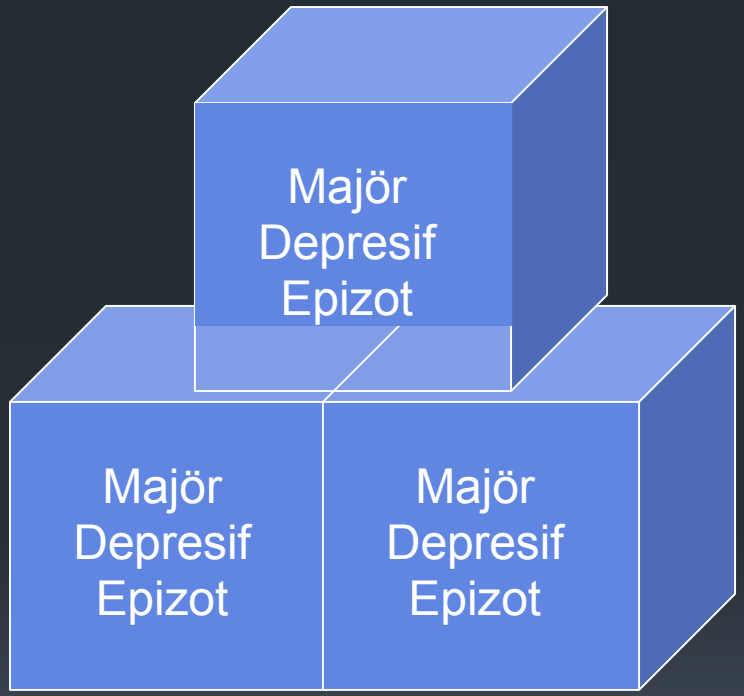
Distimik bozukluk

Bipolar (iki uçlu) bozukluk

Majör Depresif Bozukluk



MDB, tek epizot



MDB, tekrarlayan epizotlar (unipolar)

Majör Depresif Bozukluk

DSM-IV Tanı Ölçütleri

Majör Depresif Dönem

- **Aşağıdakilerden en az beşinin en az 15 gün süre ile bulunması**

1. ***Çökkün duygudurum (çocuk ve ergenlerde irritabl)***
2. ***Azalmış ilgi veya haz (Anhedoni)***
3. Belirgin kilo verme veya alma
4. İnsomnia veya hipersomnia
5. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
6. Halsizlik veya enerji kaybı
7. Değersizlik veya aşırı/yersiz suçluluk duyguları
8. Dikkat dağınıklığı, kararsızlık
9. Tekrar tekrar ölümü düşünme

- **Karma epizodun dışlanması gerekir**
- **İşlev kaybı vardır**
- **Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir**
- **Yas durumunun dışlanması gerekir**
  - **Yas, kaybı takiben 2 aydan kısa sürer**

DEPRESYONUN KLİNİK ALT TİPLERİ

- **En son dönemi tanımlayan belirleyiciler**
  - Hafif, orta, ağır
  - Psikotik özellikli
    - Duygudurumla ilgili/uyumlu psikotik belirtiler
    - Duygudurumla ilgisiz/uyumsuz psikotik belirtiler
  - Süreğen (Kronik)
  - Katatonik
  - Melankolik
  - Atipik
  - Postpartum (doğum-ardı) başlangıçlı

- **Yineleyen dönemlerin gidişini tanımlayan belirleyiciler**
  - Mevsimsel
  - Hızlı döngülü

MAJÖR DEPRESİF DÖNEM

Melankolik Özellik Ölçütleri

1. Hemen hiçbir şeyden haz alamama
2. Hoş uyaranlara tepki yokluğu
3. Çökkün duygudurumun öznel niteliği
4. Sabahları daha kötü hissetme
5. Sabahları normalden en az 2 saat erken uyanma
6. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
7. Belirgin iştahsızlık veya kilo kaybı
8. Aşırı veya yersiz suçluluk duyguları

MAJÖR DEPRESİF DÖNEM

Atipik Özellik Ölçütleri

1. Duygudurumun tepki vermesi
2. Aşağıdakilerden en az ikisi
   - Belirgin iştah artışı veya kilo alma
   - Hipersomnia (aşırı uyuma)
   - Kurşun felci
   - Reddedilmeye duyarlılık (genel bir örüntü olarak)

DİSTİMİK BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

En az 2 yıl süreyle *çökkün* duygudurum bulunmalı ve aşağıdakilerden 3 tanesi buna eşlik etmeli

1. Düşük özsaygı, özgüven veya yetersizlik duyguları
2. Kötümserlik, yılgınlık, umutsuzluk duyguları
3. Genel olarak azalmış ilgi veya haz
4. Sosyal geri çekilme
5. Kronik halsizlik veya enerji kaybı
6. Suçluluk duyguları, geçmişi düşünme
7. Öznel sinirlilik hissi veya aşırı öfke
8. Azalmış aktivite, etkinlik veya üretkenlik
9. Düşüncelerini toplama güçlüğü, unutkanlık veya kararsızlık

Semptomatoloji

- Bilinç genellikle açıktır (çok nadiren stupor olabilir).
- Oryantasyon (yönelim) kusuru yoktur.
- Dikkat genellikle azalır, konsantrasyon güçlüğü olur.
- Bellek genellikle bozukluk göstermez. Dikkat eksikliğine bağlı olarak
  yakın bellek bozukluğu görülebilir.
- Algı bozukluğu genellikle olmaz. Eğer psikoz gelişirse genellikle depressif mizaçla uyumlu (daha çok işitsel türde) varsanılar (halüsinasyonlar) olabilir.
- Zeka (hastalığa bağlı değişiklik beklenmez).

Semptomatoloji (devam….)

- Düşünce
  - Yapısınında: soyutlama ve yargılama kusuru genellikle görülmez. Psikoz gelişmesi durumunda gerçeği değerlendirme bozulur.
  - Akışında: genellikle yavaşlama olur. Konuşmanın tempo ve ritminde düşme görülür.
  - İçeriğinde suçluluk, değersizlik düşünceleri, somatik uğraşlar, geçmişe yönelik pişmanlıklar, ufak tefek hataları abartmalar, geleceğe yönelik karamsarlık, umutsuzluk çaresizlik ve (psikoz gelişmesi durumunda) genellikle mizaçla uyumlu (somatik, hipokondriyak, mikromanik, nihilistik, persekütif) sanrılar (hezeyanlar) görülebilir.
- Duygulanım çökkündür (depressif). Belirgin anhedoni hali vardır.
- Psikomotor aktivite genellikle yavaşlamıştır. Anerji hali vardır. Nadiren ajitasyon görülebilir. Cinsel ilgi, istek ve güç azalması olur. Uyku ve iştahta ise genellikle azalma, nadiren artma olur.

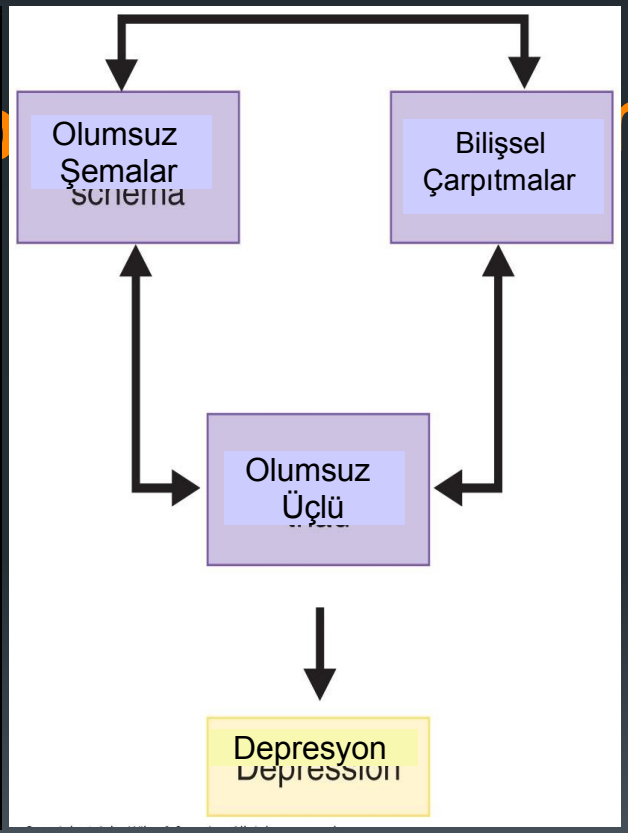
DEPRESYONUN ETYOLOJİSİ

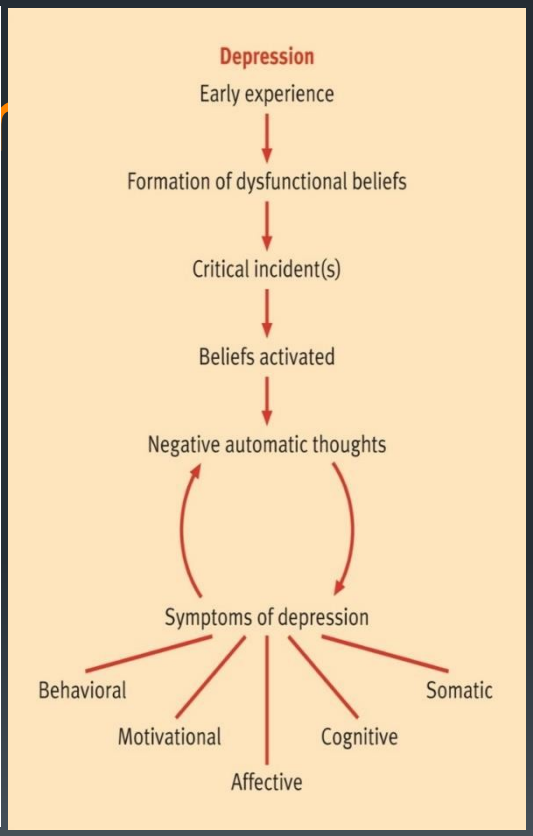
- **Psikolojik:**
  - **Psikanalitik kuramlar:**
    - Nesne kaybı kuramı
    - Ego beklentilerine ulaşamama “narsisistik zedelenme”
  - **Bilişsel kuramlar:**
  - **Kişilik:**
- Bağımlı, obsesif
- **Sosyal faktörler:**
- **Biyolojik:**
  - **Genetik**
  - **Biyojenik Amin (Monoamin) varsayımı:**
    - Serotonin, Noradrenalin ve Dopamin
  - **Stresin beyin nörotrofik faktörleri üzerine etkisi**

Duygudurum Bozukluklarının Etyolojisi: Psikolojik Faktörler

- **Bilişsel Kuramlar**
  - **Beck'in Kuramı**
    - *Olumsuz (negatif) triad (üçlü):* (1) kendisi, (2) dünya ve (3) gelecekle ilgili olumsuz bakış
    - *Olumsuz (negatif) şema*: temelde dünyayı olumsuz değerlendirme eğilimi
    - Negatif şemalar *bilişsel çarpıtmalara* neden olur*:* olumsuz yollarla bilgi işleme eğilimi
  - **Umutsuzluk Kuramı**
    - Depresyonun en önemli tetikleyicisi umutsuzluktur
      - Arzu edilen neticelere ulaşılmaz
      - Bireyin şartları değiştirebilme becerisi yoktur
  - **Ruminasyon Kuramı**
    - *Spesifik bir düşünce tarzı:* hüzünlü konular üzerine sürekli kafa yorma eğilimi
    - En zararlısı olayların nedenleri üzerine kara kara düşünmektir

Bilişsel Kuramlar





Duygudurum Bozukluklarının Etyolojisi: Sosyal Faktörler

- **Yaşam olayları**
  - Prospektif araştırmalar:
    - Depresyonun başlangıcından bir yıl öncesinde olguların % 42-67'si stresli bir yaşam olayı bildirmektedir
      - Or. İlişki sonlanması, iş kaybı, sevilen birinin kaybı
  - Sosyal desteğin olmaması da depresyonu tetikleyen bir stresör olabilir
- **Kişilerarası zorluklar**
  - Ailede duygu dışavurumunun yüksek olması rölaps prediktörüdür
  - Evlilik çatışması da depresyonu predikte eder
- **Deprese bireylerin davranışları sıklıkla diğerlerince itici bulunur**
  - Haddinden fazla güvence arayışı
  - Az miktarda olumlu yüz ifadesi
  - Yavaş konuşma ve uzun sessizlikler

DEPRESYONUN BİYOLOJİK MODELLERİ

- Aile Çalışmaları
- İkiz Çalışmaları
- Genetik Çalışmalar
- Görüntüleme Bulguları
- Beyin Kan Akımı Çalışmaları
- EEG Çalışmaları
- Biyolojik İşaretler

AİLE ÇALIŞMALARI

- **Duygudurum hastalarının yakınlarında bozukluğun ortaya çıkma riski normalden 2-3 kat yüksektir.**
- Unipolar depresyonlu hastaların ailelerinde bipolar bozukluk gözlenme sıklığı 3-4 kat yüksektir.
- Unipolar hastaların birinci derece yakınlarında UPD riski % 5.5 – 28.4, BPB riski % 0.7 – 8.1
- Bipolar hastaların birinci derece yakınlarında UPD riski % 5.4 – 14, BPB riski % 4.1 – 14.6

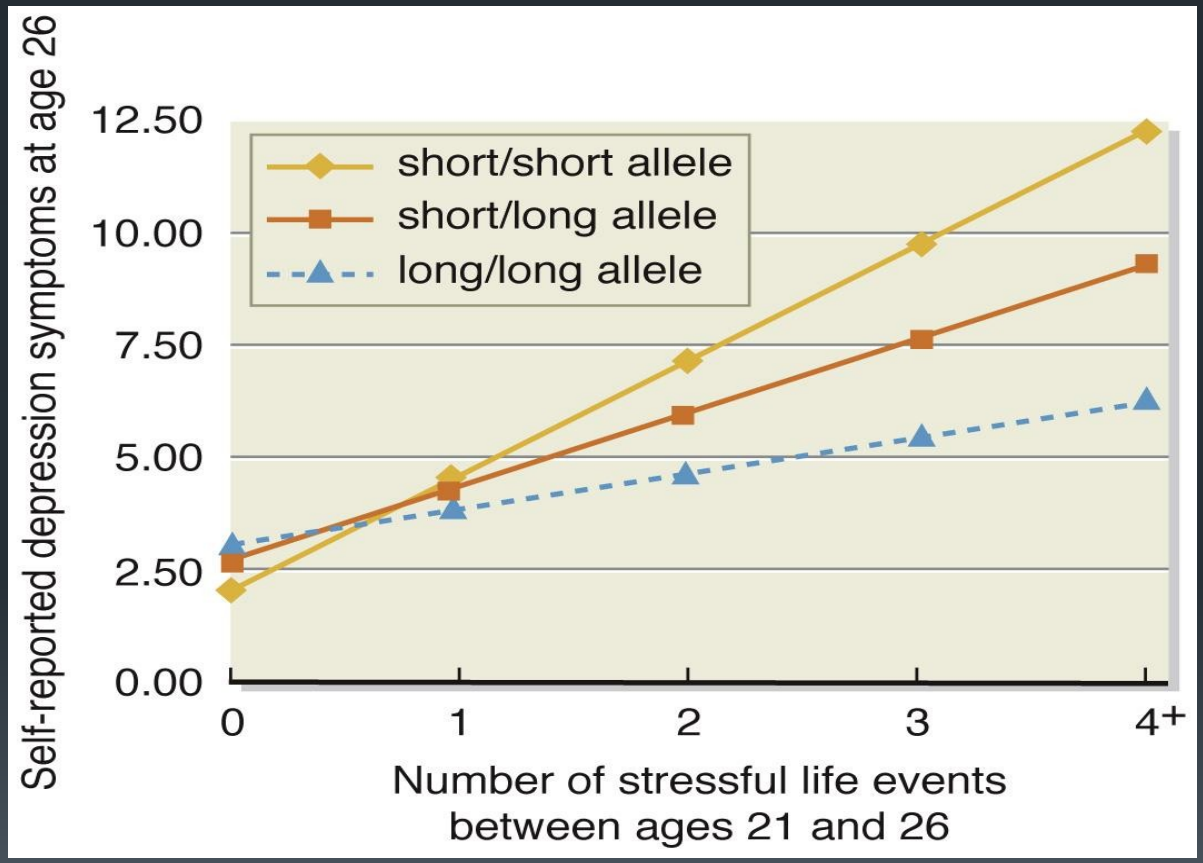
İKİZ ÇALIŞMALARI

- İkizlerden birinin hasta olması durumunda diğerinde de hastalığın ortaya çıkma riski MZ ikizlerde DZ ikizlere göre **3 kat** yüksek
- UPD için eş-hastalanma sıklığı
  - MZ ikizlerde % 60,
  - DZ ikizlerde % 20
- Depresif bozukluklarda riskin
  - **% 21-45**'i genetik faktörlerle,
  - **% 55-75**'i çevresel faktörlerle ilintili

GENETİK HİPOTEZLER

- Hem depresyon, hem de BPB ailesel yatkınlık gösterir. BPB olan olguların ailelerinde hem unipolar, hemde BPB sıktır.
- Fakat, unipolar depresyon olanların ailelerinde unipolar depresyon sık iken BPB sık değildir.
- *Genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel etkenler ile depresyonun ortaya çıktığı düşünülmektedir.*

Yaşam olayları ve serotonin transporter geninin etkileşimi depresif belirtileri predikte eder

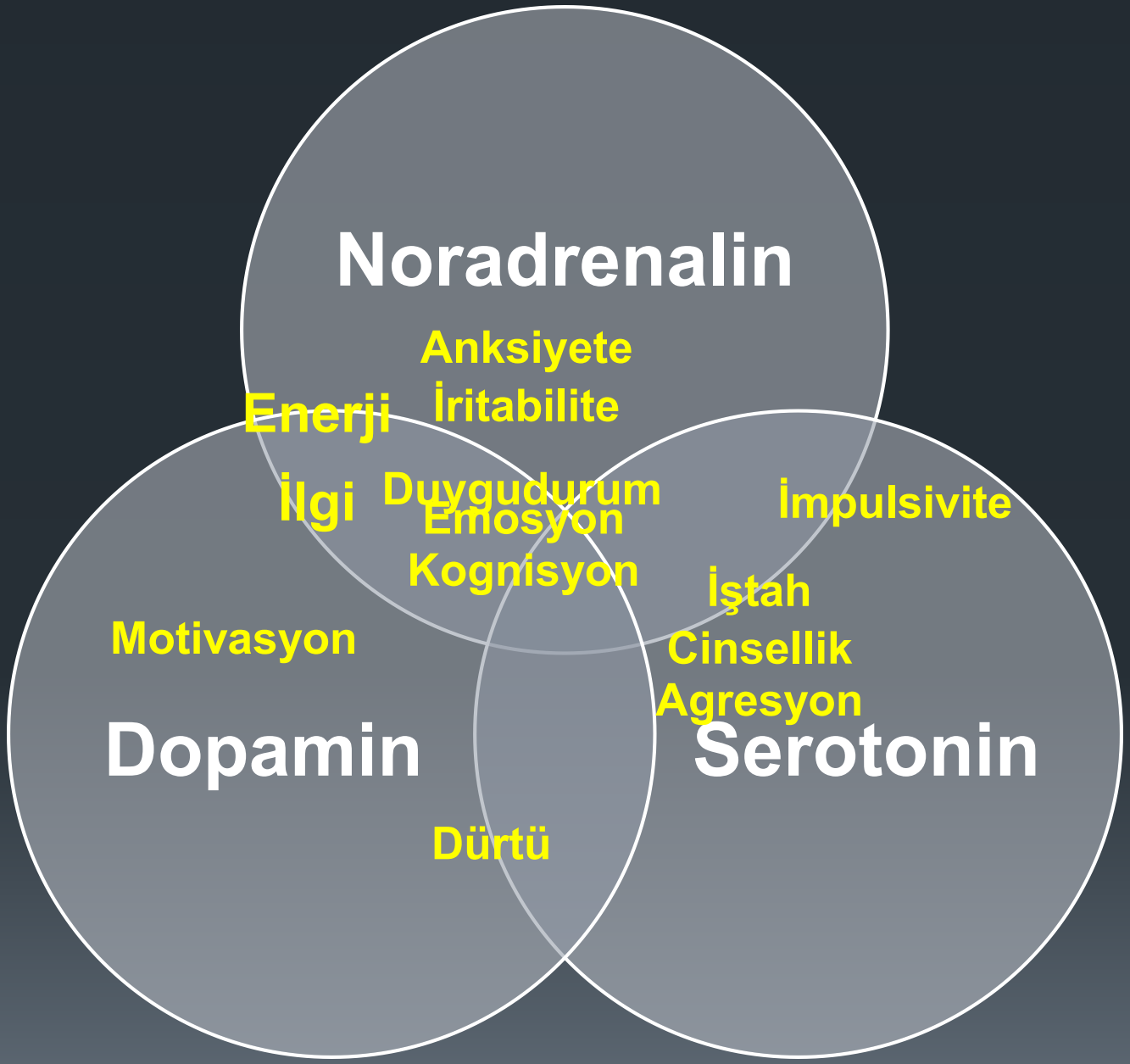


MONOAMİN MODELİ

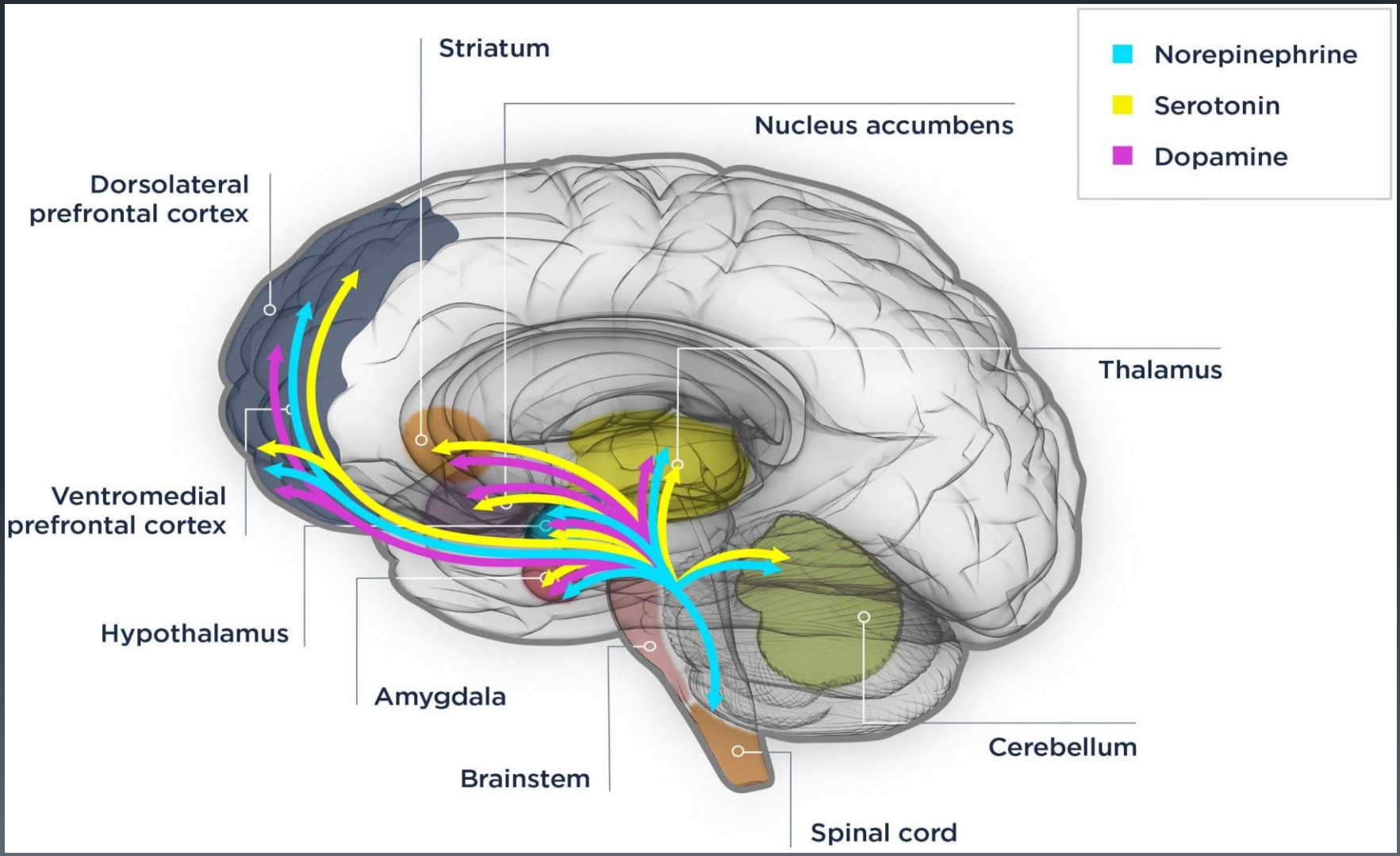
- 5-HT: Serotonin
- NA: Noradrenalin
- DA: Dopamin

- Nörotransmitter düzeylerinde değişiklikler
- Reseptörlerin sayı ve duyarlılıklarında değişiklikler

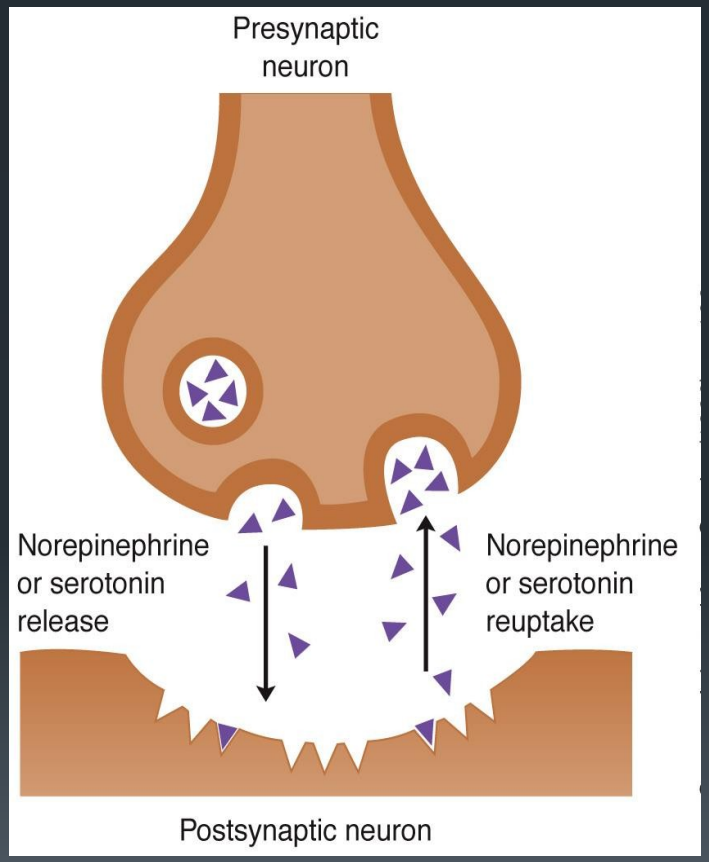
Monoaminlerin işlev alanları

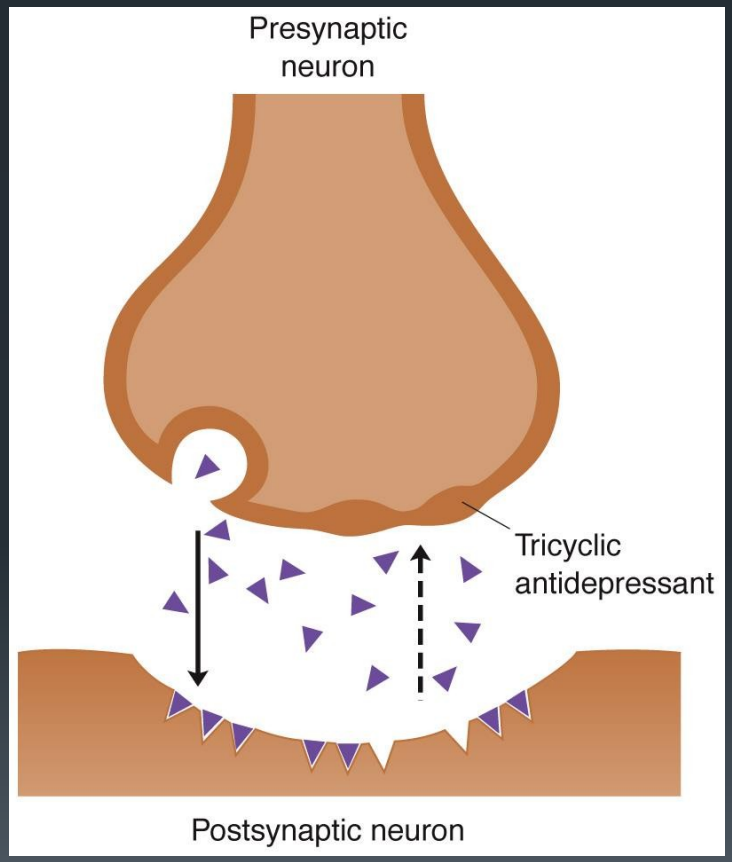


Beyinde Norepinefrin, Serotonin ve Dopamin Yolakları



İlaçların Sinaptik Aktivite üzerine Etkisi



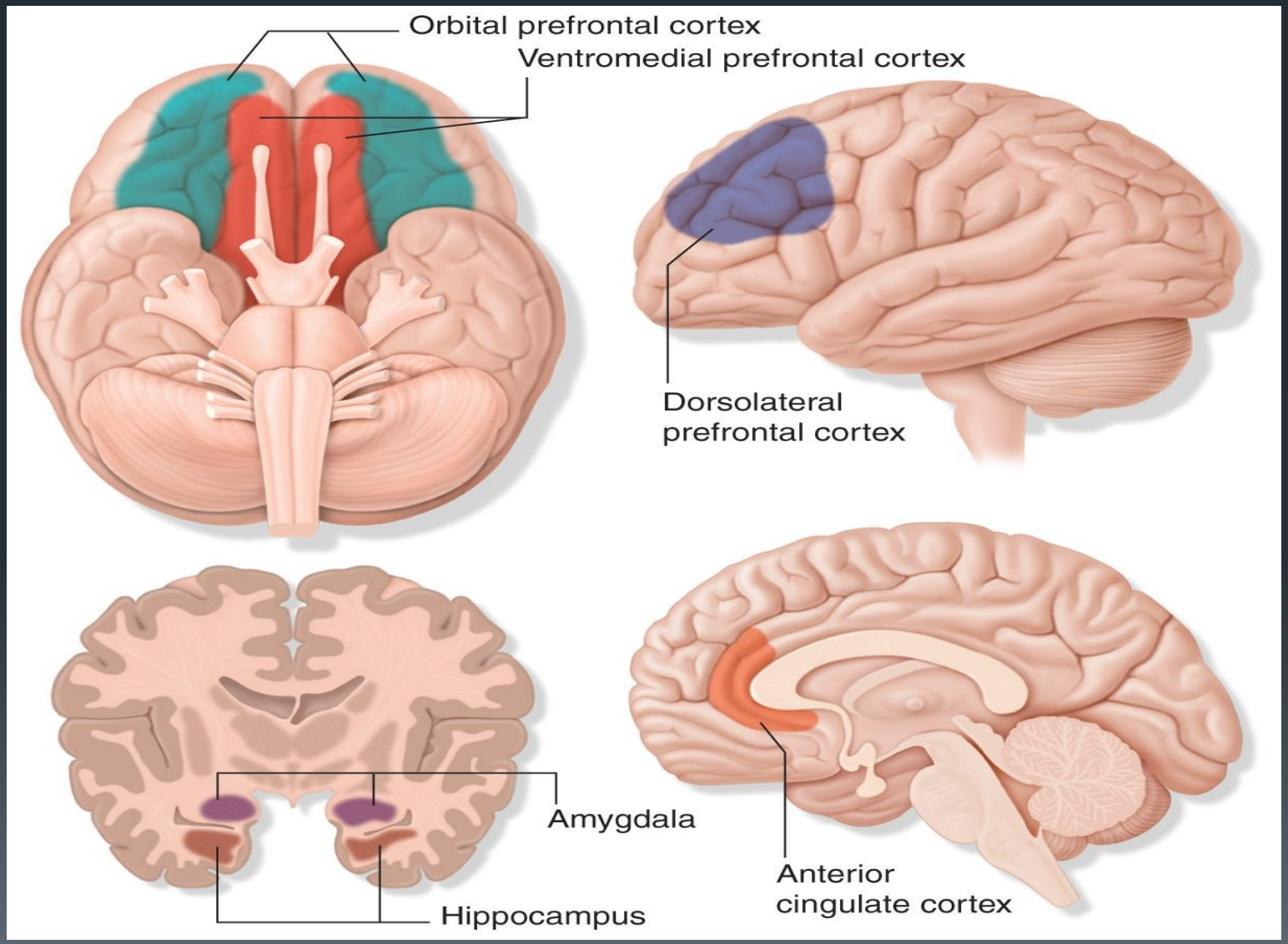


Duygudurum Bozukluklarının Etyolojisi: Nörobiyolojik Faktörler

- **Beyin Görüntüleme**
  - Yapısal çalışmalar
    - Hücre sayıları veya hücreler arası bağlantılara odaklanır
  - İşlevsel aktivasyon çalışmaları
    - Aktivite düzeylerine odaklanır

Duygudurum bozukluğu olanlarda duygusal yanıtta rol alan beyin yapılarının aktivitesi		
Beyin Yapısı	**Depresyondaki Düzey**	**Manideki Düzey**
Amigdala	Artmış	Artmış
Anterior Singulat	Artmış	Artmış
Dorsolateral prefrontal korteks	Azalmış	Azalmış
Hipokampus	Azalmış	Azalmış
Striatum	Azalmış	Artmış

Duygudurum Bozukluklarıyla İlişkili Beyin Yapıları



Depresyonla ilişkili beyin yapıları

Striatum
duygusal
bellek, dürtü

Hipotalamus
uyku,
iştah,
enerji, libido

Prefrontal korteks
depresyonun duygusal
ve bilişsel yönleri

Ventral tegmental alan
ödül, korku,
motivasyon

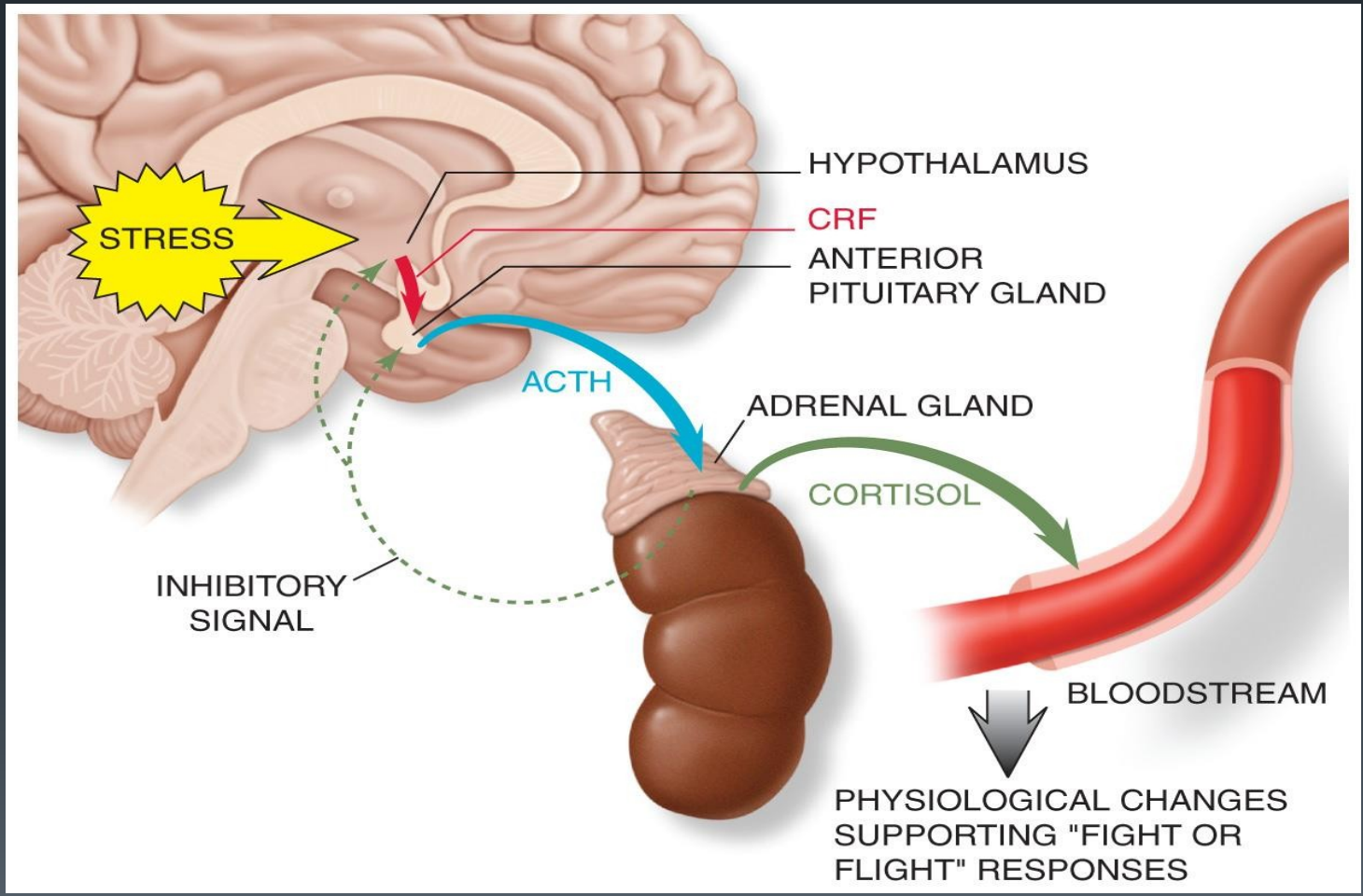
Amigdala
duygu
işleme

Hipokampus
uzun süreli bellek

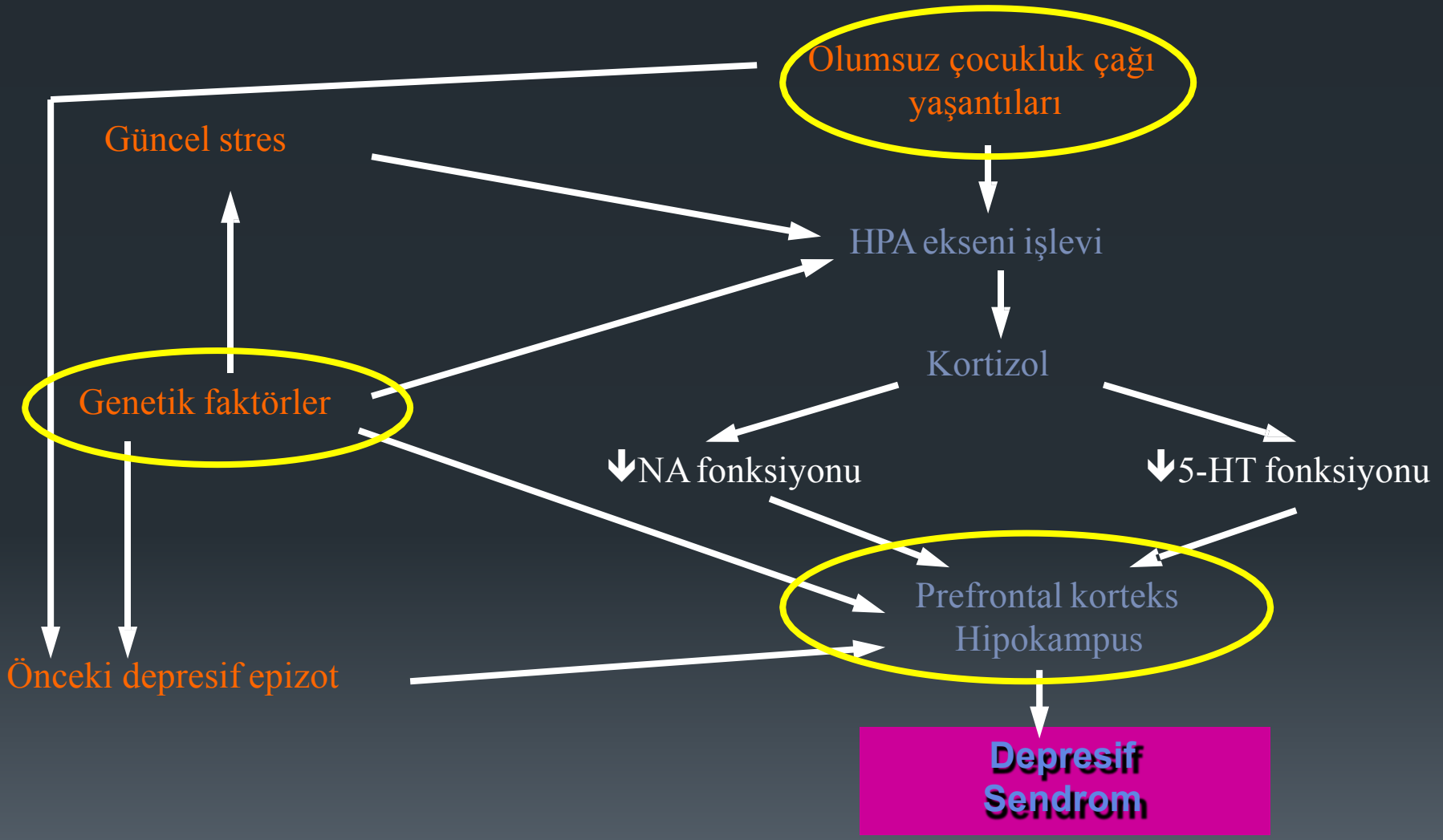
Depresyonda Bozuk Nörotransmisyon İşlevleri ve İlgili Beyin devreleri

	NE	5-HT	DA
Prefrontal Korteks	Depressif Mizaç Apati ilgi kaybı Uyku bozuklukları Halsizlik yorgunluk Yürütücü işlev bozukluğu PM retardasyon, ajitasyon	Depressif mizaç Uyku bozuklukları PM retardasyon ajitasyon Suçluluk değersizlik düşünceleri İntihar eğilimi	Depressif mizaç Apati ilgi kaybı Uyku bozuklukları Yürütücü işlev bozukluğu PM retardasyon ajitasyon
Bazal Önbeyin	Uyku bozuklukları	Uyku bozuklukları	Uyku bozuklukları
Nukleus Akkumbens	Apati, ilgi kaybı	Apati, ilgi kaybı	Apati, ilgi kaybı
Amigdala	Depressif mizaç	İntihar eğilimi Suçluluk değersizlik düşünceleri	Depressif mizaç
Striatum		PM retardasyon, ajitasyon	PM retardasyon, ajitasyon Halsizlik, yorgunluk
Talamus	Uyku bozuklukları	Uyku bozuklukları	Uyku bozuklukları
Hipotalamus	Apati ilgi kaybı Uyku bozuklukları	Uyku bozuklukları İştah ve kilo artışı	Uyku bozuklukları Apati, ilgi kaybı
Serebellum	PM retardasyon, ajitasyon	PM retardasyon, ajitasyon	

Strese yanıt olarak Hipotalamo-Pitüter-Adrenal (HPA) Eksen aktive olur



Majör Depresyonun Patofizyolojisi



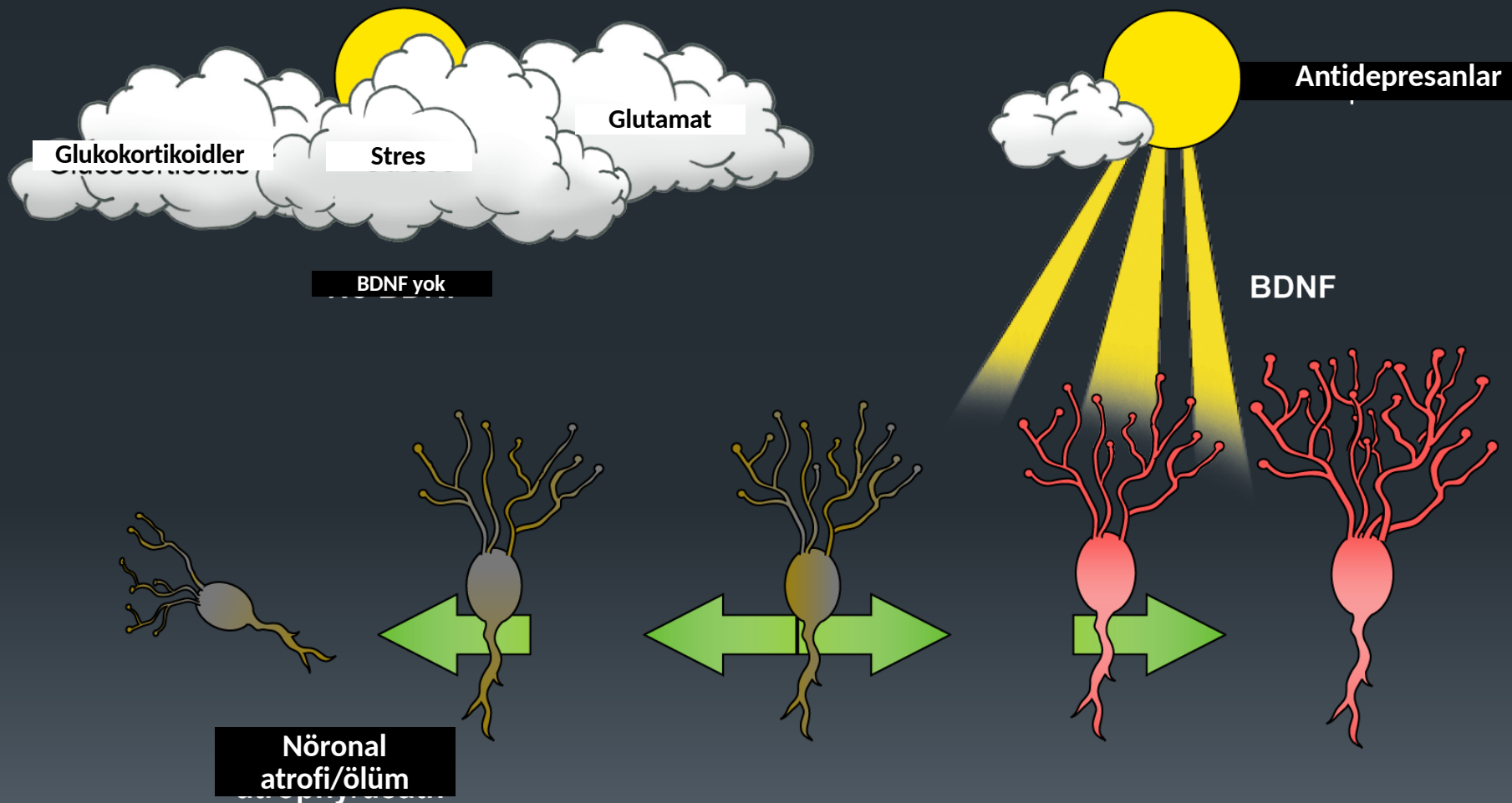
NÖROTROFİK MODEL

Stresin ve Depresyonun Nörotrofinler ve Nörogenez Üzerindeki Etkileri

- Stres hipokampusun çeşitli bölgelerinde nörotrofinlerin *üretimini azaltır*
  - BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor)
  - NGF (Nerve Growth Factor)
  - NT-3 (Neurotrophin-3)
  - VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)
- Stres hipokampusta nörogenezi kesin olarak yavaşlatır.
- Depresif hastalarda da hipokampusta ve serumda BDNF azalmış bulunur.
- Antidepresan tedaviler (ilaç, psikoterapi, EKT, spor) hipokampusta BDNF üretimini arttırır.
- Antidepresan ilaçlar ve EKT'nin kronik uygulaması hipokampusta nörogenezi belirgin biçimde arttırır.

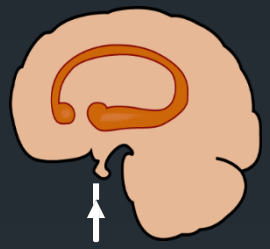
52

Stresin BDNF üzerine etkisi



Stahl SM. Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications; 2000:187.'dan uyarlandı

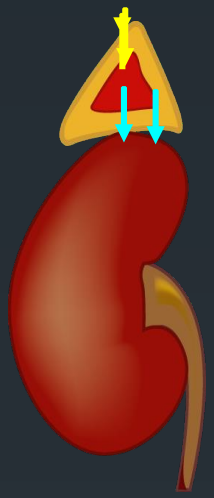
Majör depresyonun sistemik etkileri olabilir



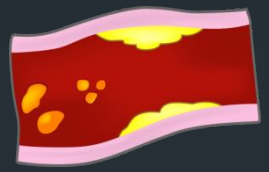
ACTH

1. Hipotalamus, hipofizi ACTH'ın aşırı salgılanması için uyarır

2. Adrenal bez aşırı miktarda katekolamin ve kortizol salgılar



3. Katekolaminlerde artış, miyokard iskemisine kalp hızı değişkenliğinde azalmaya ve ventriküler aritmilere neden olabilir



4. Katekolamin artışı, trombosit aktivasyonu sitokin ve interlökinlerde artışa: ateroskleroz ve hipertansiyon oluşumuna katkıda bulunabilir

5. Kortizol insüline antagonist etki yapar : dislipidemi, tip 2 diyabet, obeziteye katkı; kortizolde artış: bağışıklık sisteminde baskılanma

Musselman DL, et al. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(7):580-592.'dan uyarlandı

DEPRESYONLA BİRLİKTE BULUNABİLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Depresyon hemen her psikiyatrik hastalığa eşlik edebilir:

- Yaygın anksiyete bozukluğu
- OKB
- Panik bozukluğu
- Sosyal anksiyete bozukluğu
- Özgül fobiler
- TSSB
- Alkol/madde kullanımı
- Demans
- Kişilik bozuklukları

DEPRESYONLA BİRLİKTE BULUNABİLEN / KARIŞABİLEN TIBBİ HASTALIKLAR

- Anemi,
- Hipotiroidi,
- Diyabet
- Enfeksiyon hastalığı,
- Parkinson hastalığı,
- B12 vitamini eksikliği

MAJÖR DEPRESYON TEDAVİSİ

- Major Depresyon doğru tedavi ilkelerinin uygulanması ile **tam olarak düzelebilen** bir hastalıktır.
- Tedavide esas amaç **remisyona** ulaşmaktır
- Ancak yineleme riskini unutmamak gerekir
- Alevli dönem tedavisi kadar, koruyucu tedavi de önemlidir.

MAJÖR DEPRESYON TEDAVİ İLKELERİ

- Orta ve ortanın üstünde şiddette bir depresyon için **yeterli doz ve sürede antidepresan ilaç** kullanımı

+

- Uygun terapötik ilişkinin kurulmasıdır.

ANTİDEPRESANLAR

Grup	Generik Adı	Preparat		Doz mg
Trisiklik	İmipramin	Tofranil	10/25 mg dr	100-200
	Clomipramin	Anafranil	10/25 mg dr, 75 mg SR tb	100-200
	Amitriptilin	Laroxyl	10/25 mg dr, 25 mg amp	100-200
	Opipramol	İnsidon	50 mg dr	100-200
Tetrasiklik	Maprotylin	Ludiomil	25/75 mg tb	100-150
NaSSA	Mianserin	Tolvon	10/30 mg tb	?
NaSSA	Mirtazapin	Remeron	30 mg tb, 30/45 mg Soltab	30-60
SSRI	Fluoxetin	Prozac, Depset	20 mg cap, Likit	20-60
	Fluvoksamin	Faverin	50-100 mg tb	150-300
	Paroxetin	Seroxat, Paxil, Xetanor	20 mg tb	20-60
	Sertralin	Lustral, Seralin	50/100 mg tb/cap	50-150
	Sitalopram	Cipram, Citara,	20/40 mg tb	20-60
	Essitalopram	Cipralex	10 mg tb	10-20
SNRI	Venlafaxin	Efexor	37.5 mg tb, 75/150 mg cap	75-225
	Milnacipran	Ixel	25-50 mg cap.	50-100
Noradrenalin RI	Reboxetin	Edronax	4 mg tb	4-8
Dopamin RI	Bupropion	Zyban	150 mg tb	150-300
SARI	Trazodon	Desyrel	50/100 mg tb	200-300
SR Arttırıcı	Tianeptin	Stablon	12.5 mg tb	25-37.5
RIMA	Moclobemid	Aurorix	150/300 mg tb	300-600

- **Yeterli doz:** Kullanılan ilaca göre değişir
- **Yeterli süre:**
  - Etkinin ortaya çıkması: 3-4 hafta
  - En az 6 hafta beklemeden ilaç değişikliği yapılmaz
  - Tam iyileşme 8-12 hafta alabilir

YAKLAŞIM İLKELERİ

- Hastanın eğitimi
- Ailenin eğitimi
- Koruyucu önlemlerin alınması ve bu konuda eğitim
- Kontrollere gelmenin önemi
- Tıbbi hastalıkların kontrol altına alınması
- Yaşam biçimi düzenlemeleri

SIK SORULAN SORULAR

- Depresyonu kendi irademle yenebilir miyim?
- Bu hastalık ……’ye dönüşür mü?
- Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapar mı?
- Antidepresan ilaçlar kilo aldırır mı?
- İlaçla birlikte alkol alabilir miyim?
- İlaçları aynı saatte mi almalıyım?
- ……?

SIK GÖRÜLEN DAVRANIŞLAR

- “Hastalığı kendi irademle yenebilirim → doktora gitmeme;
- Belirtilerim geçti, artık iyiyim → ilacı kesme;
- İlaca başladım 1 hafta oldu, hiçbir iyileşme yok → ilacı kesme;
- İlaç midemi bulandırıyor → İlacı kesme
- Tedaviye başlayalı 1 yıl oldu, artık iyiyim → İlaç dozunu azaltmadan kesme
- .....

SONUÇLAR

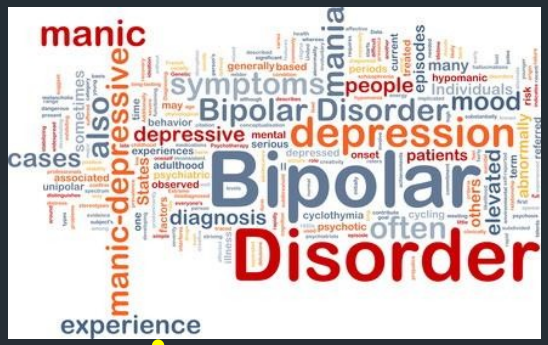
- Depresyon yaygın görülen, tedavisi mümkün, kronikleşebilen, yineleyici olabilen bir beyin hastalığıdır;
- İyi tedavi edilmezse bireyin yaşamında ciddi sosyo- ekonomik kayıplara yol açar;
- Diğer tıbbi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılarak tedaviye başlanması gerekir;
- İlk başvuru hekime yapılmalıdır;
- **İntihar** en önemli komplikasyonudur;
- Tedavide temel yaklaşım ilaç tedavisi ve uygun psikoterapötik yaklaşımdır;
- Gerekli durumlarda EKT yaşam kurtarıcıdır;
- Hekim-hasta-aile işbirliği ile iyi ve kalıcı tedavi amacına ulaşılabilir.

BİPOLAR (İKİ UÇLU) BOZUKLUK

Eş İsimler

- İki Uçlu Bozukluk
- Bipolar Bozukluk
- Manik Depressif Hastalık
- Psikoz Manyak Depressif

BİPOLAR (İKİ UÇLU) BOZUKLUKLAR



Eş İsimler

- İki Uçlu Bozukluk
- Bipolar Bozukluk
- Manik Depressif Hastalık
- Psikoz Manyak Depressif

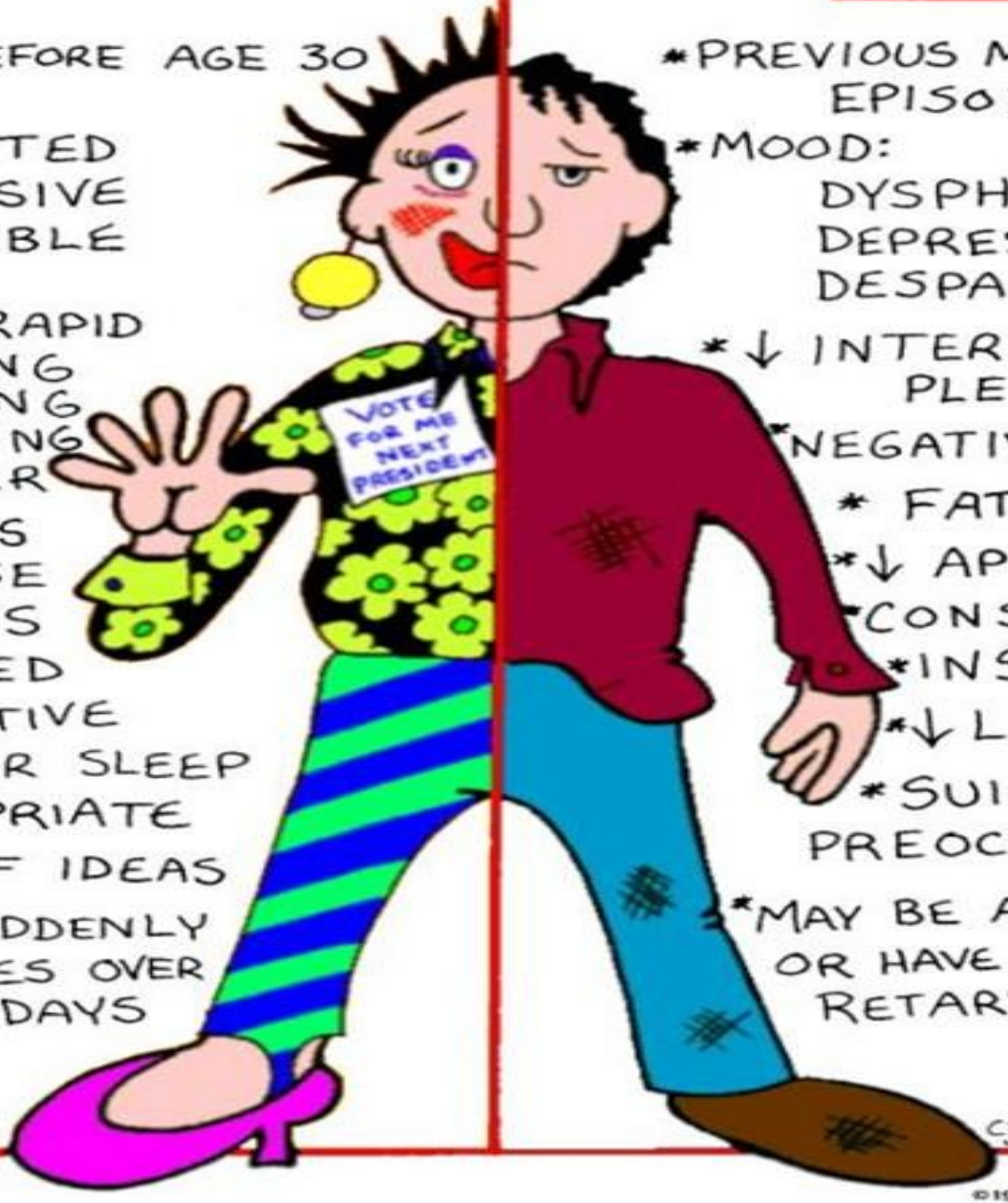
Tanım

- Depresif dönemlerin yanısıra hipomanik ve/ veya manik dönemlerle karakterize bir duygudurum bozukluğu (mood disorder).

- Hastaların çoğunda duygudurum dönemleri arasında tam ya da tama yakın iyilik (remisyon) dönemleri görülür.

- Remisyon dönemlerinin süresi hastalığın, “tipine” ve “seyrine” göre değişebilir. Bazı hastalar aylar hatta
yıllar boyunca remisyonda kalabilir.

BIPOLAR DISORDER



MANIC

- ONSET BEFORE AGE 30
- MOOD:
  - ELEVATED
  - EXPANSIVE
  - IRRITABLE
- SPEECH:
  - LOUD-RAPID
  - PUNNING
  - RHYMING
  - CLANGING
  - VULGAR
- ? WT. LOSS
- GRANDIOSE
- DELUSIONS
- DISTRACTED
- HYPERACTIVE
- ↓ NEED FOR SLEEP
- INAPPROPRIATE
- FLIGHT OF IDEAS
- BEGINS SUDDENLY ESCALATES OVER SEVERAL DAYS

DEPRESSIVE

- PREVIOUS MANIC EPISODES
- MOOD:
  - DYSPHORIC
  - DEPRESSIVE
  - DESPAIRING
- ↓ INTEREST IN PLEASURE
- NEGATIVE VIEWS
- FATIGUE
- ↓ APPETITE
- CONSTIPATION
- INSOMNIA
- ↓ LIBIDO
- SUICIDAL PREOCCUPATION
- MAY BE AGITATED OR HAVE MOVEMENT RETARDATION

C.J. MILLER

©1994 Nursing Education Consultants

Tanım (devam...)

- **Tip I:** Depresyon ve *mani* dönemleri ile seyreden tip.
  - Tip I tanısı koymak için en az bir manik (veya karma) dönem gerekir.

- **Tip II:** Depresyon ve *hipomani* dönemleri ile seyreden tip. Tip II tanısı koymak için "mani" olarak belirlenen bir dönem olmaması buna karşılık en az birer depressif ve hipomanik dönem gerekir.

- *Sık döngü*: Yılda 4 ya da daha fazla dönem (epizod)

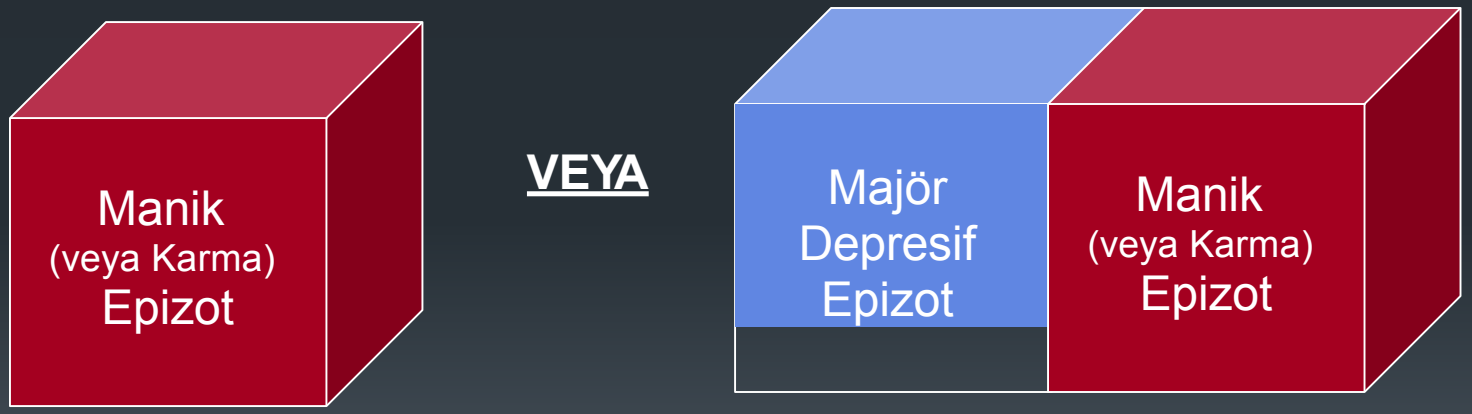
- *Karma (Mixed) Dönem*: Aynı dönem içinde hem manik hem depresif dönem belirtilerinin olması durumu

Bipolar I Bozukluğu

Bir veya daha fazla manik epizot

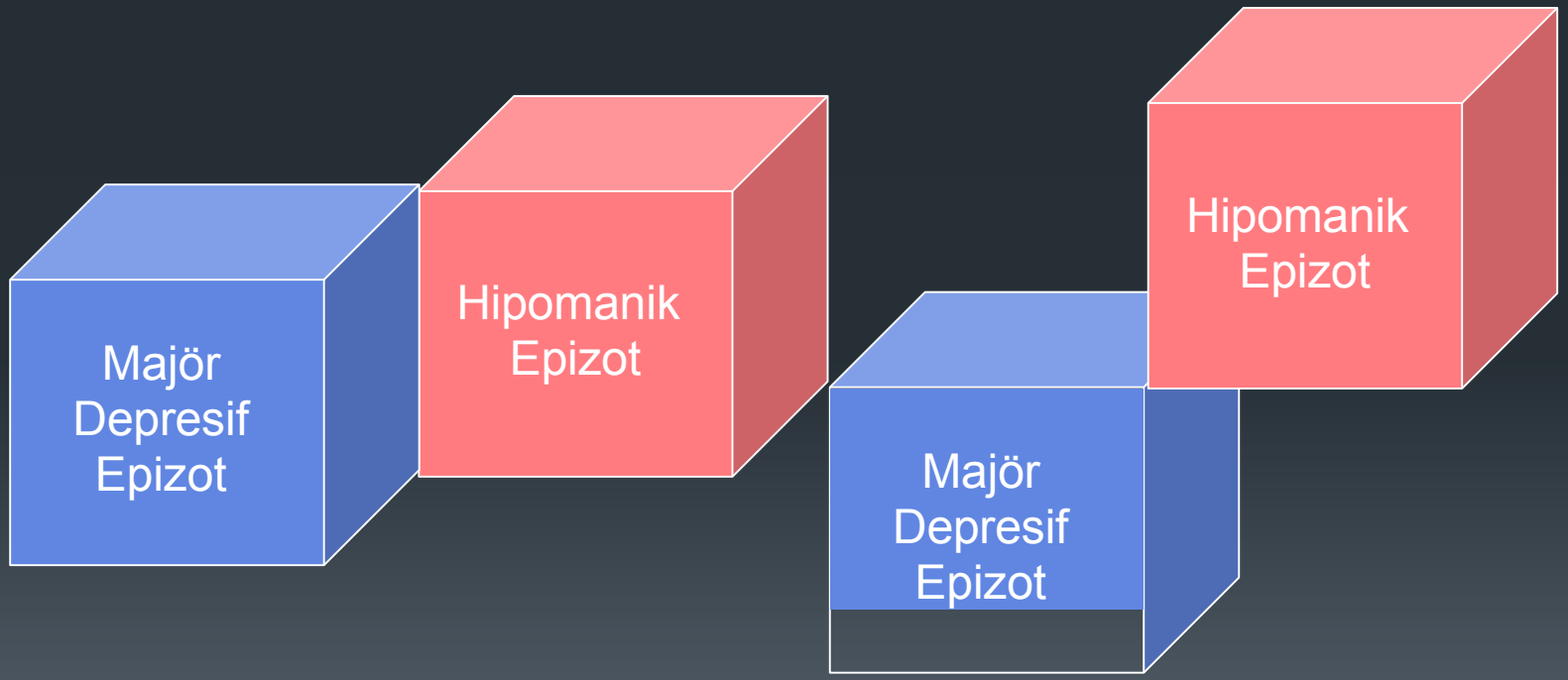
VEYA

Depresif ve manik epizotlar

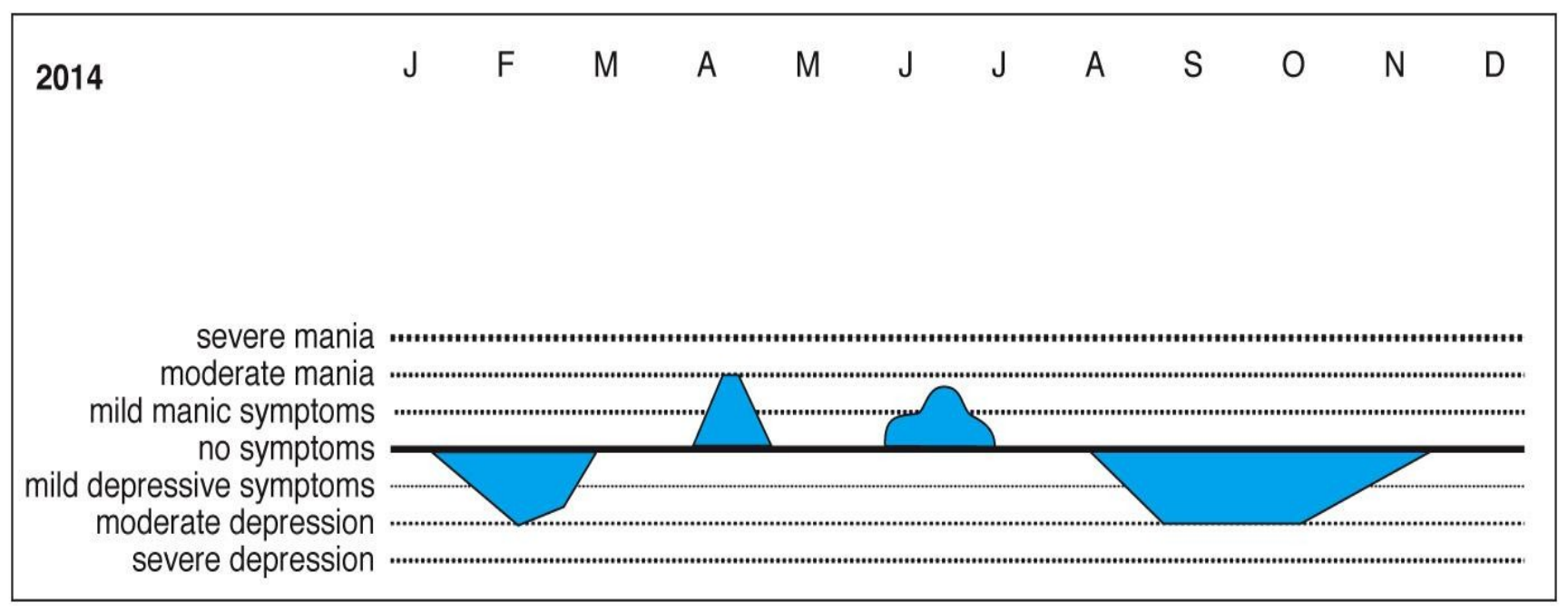


Bipolar II Bozukluğu

Depresif ve
Hipomanik Epizotlar



Bipolar Bozukluğun Hızlı Döngülü Alttipi



Manik Dönem

DSM-IV Tanı Ölçütleri

Manik Dönem

- **En az bir hafta süren duygudurum değişikliği** (taşkınlık, İrritabilite, yükselme)

- **Aşağıdakilerde en az üçü**
  (duygudurum irritabl ise dördü)
  - **Büyüklük hissi, benlik saygısında artma**
  - **Uyku gereksiniminde azalma**
  - **Logore (çok konuşma, gevezelik)**
  - **Fikir uçuşması, düşüncelerin yarışması**
  - **Distraktibilite**
  - **Amaca yönelik etkinlik artışı**
  - **Zevk veren etkinliklere aşırı ilgi, katılım, risk alma**
- **Karma dönemin dışlanması gerekir**
- **İşlev kaybı, hospitalizasyon gereği ve/veya psikotik semptomatoloji vardır**
- **Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir**

DSM-IV Tanı Ölçütleri

Karma Dönem

- **En az bir hafta süreyle manik ve depressif epizod tanı kriterleri (süre hariç) karşılanmıştır**
- **İşlev kaybı, hospitalizasyon gereği ve/ veya psikotik semptomatoloji vardır**
- **Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir**

Hipomanik Dönem

- **En az dört gün süren duygudurum değişikliği** (taşkınlık, İrritabilite, yükselme)
- **Aşağıdakilerde en az üçü** (duygudurumda irritabilite varsa dördü)
  - Büyüklük hissi, benlik saygısında artma
  - Uyku gereksiniminde azalma
  - Logore (çok konuşma, gevezelik)
  - Fikir uçuşması, düşüncelerin yarışması
  - Distraktibilite
  - Amaca yönelik etkinlik artışı
  - Zevk veren etkinliklere aşırı ilgi, katılım, risk alma
- **İşlevsellikte hastanın karakteriyle uyuşmayan bir değişiklik söz konusudur.**
- **Duygudurum ve işlev değişiklikleri başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir**
- **İşlevsellikte belirgin bozulma, hospitalizasyon gereği ve psikotik semptomatoloji yoktur**
- **Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir**

Semptomatoloji (mani için)

- Bilinç genellikle açıktır (çok nadiren konfüzyon olabilir).
- Oryantasyon (Yönelim) kusuru yoktur. Psikoz gelişmiş ise hastalığına yönelimi olmayabilir.
- Dikkat genellikle bozuktur. Spontan dikkatte artma olmakla birlikte genellikle konsantrasyon güçlüğü olur. Distraktibilite (dikkatin kolayca çelinebilir olması) sıktır.
- Bellek genellikle belirgin bir bozukluk göstermez. Bellekte artma olabilir.
- Algı bozukluğu genellikle olmaz. Eğer psikoz gelişmiş ise genellikle mizaçla uyumlu (daha çok işitsel türde) varsanılar olabilir.
- Zeka (hastalığa bağlı değişiklik beklenmez.)

Semptomatoloji (mani için devam….)

- Düşünce
  - Yapısınında: soyutlama kusuru görülmemekle birlikte yargılama kusuru ve (psikoz gelişmiş ise) gerçeği değerlendirme bozukluğu olabilir.
  - Akışında: genellikle hızlanma olur. Logore vardır. Konuşmanın tempo ve ritminde artış görülür. Fikir uçuşması, "*düşüncelerin zihinde adeta birbirleri ile yarıştıkları hissi*" tipiktir.
  - İçeriğinde kendine aşırı güven, aşırı iyimserlik, kendine olağandışı olumlu özellikler atfetme, büyüklük temaları ve eğer psikoz gelişmiş ise genellikle mizaçla uyumlu (büyüklük, mistik) sanrılar görülebilir.
- Duygulanımda belirgin şekilde yükselme (elasyon) hali vardır. Yaşamdan alınan haz artmıştır. Genellikle aşırı neşe ve keyif hali vardır. Daha seyrek olarak öfke ve irritabilite olabilir.
- Psikomotor aktivite artmıştır (eksitasyon). Enerji artmışı olur. Uyku gereksinimi azalmıştır. Yorulmak nedir bilmez. Dürtü kontrol bozukluğu tipiktir. Bu durum cinsellik, ekonomi ve kişilerarası ilişkiler alanında hasta ve çevresi için zararlı sonuçlar doğurur. Amaca yönelik akktivitelerde artış gözlenir. Ev dışında geçirdiği zaman artar. Çeşitli yönlerden riskli girişimleri olabilir. Nadiren ajitasyon görülebilir. Cinsel ilgi, istek ve güç artışı olur. Giyim kuşam ve makyaj alışkanlıklarında abartı olabilir. İştah artması da azalması da görülebilir.

EPİDEMİYOLOJİ

Bipolar Bozukluk

- Yaşam boyu yaygınlık: %1
- Kadın/erkek oranı eşit
  - Tip I erkeklerde daha sık
  - Tip II kadınlarda daha sık
- Genellikle başlangıç depressif epizod ile olur. Onu bir manik ya da hipomanik epizod izler
- Başlangıç yaşı: ergenlik dönemi ile 50li yaşlar arasında gerçekleşebilir
  - (en sık olarak 15-19 ve 20-24 yaş dilimleri

Etyoloji

- Biyolojik
  - Anatomik yapılar
  - Nörokimyasal süreçler
    - Serotonin
    - Noradrenalin
    - Dopamin
    - Nöropeptidler
  - Psikoneroendokrinolojik süreçler
    - Hipotalamik-hipofizer-adrenal aks
    - Hipotalamik-hipofizer-tiroidal aks
    - Hipotalamik-hipofizer-gonadal aks
  - Genetik yatkınlık

- Psişik ve sosyal stressler (sebep olmaktan çok tetikleyici)

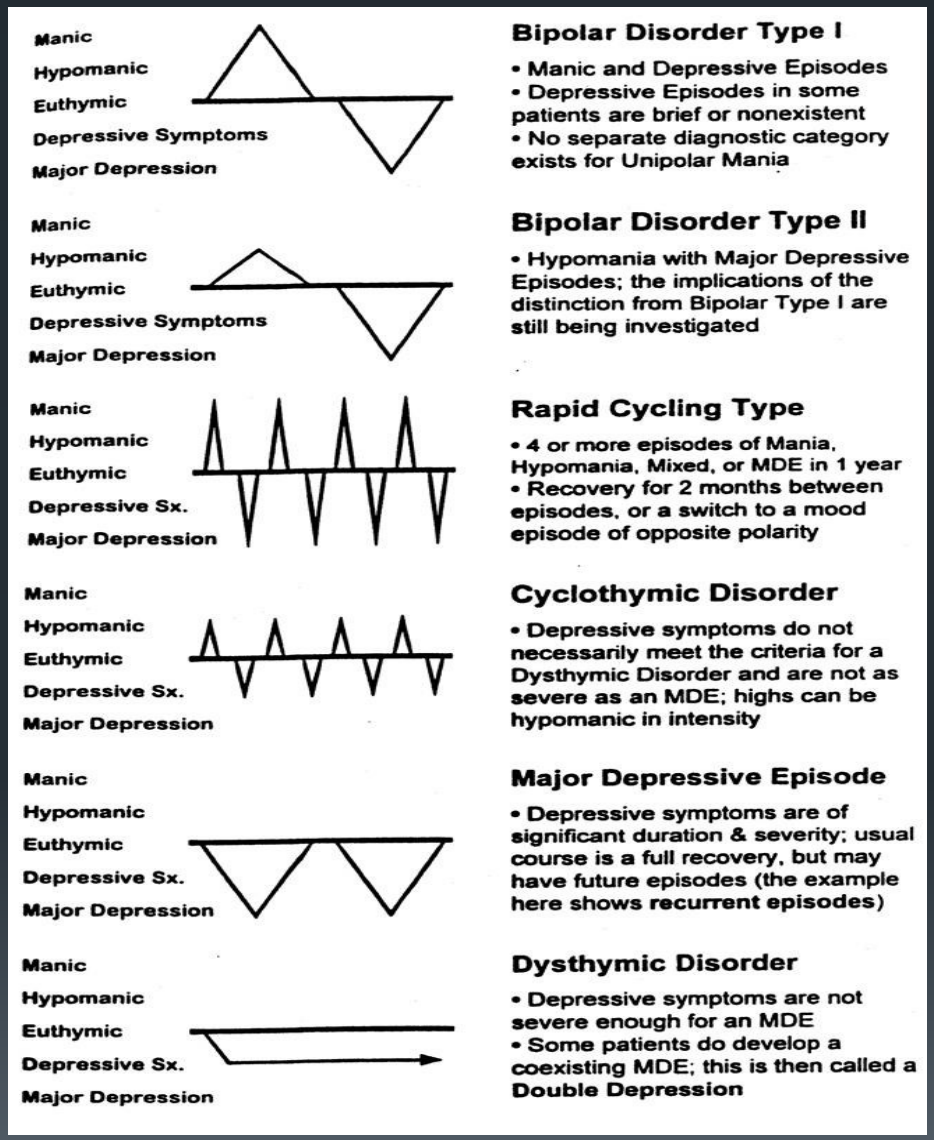
Manide Bozuk Nörotransmisyon İşlevleri ve İlgili Beyin devreleri

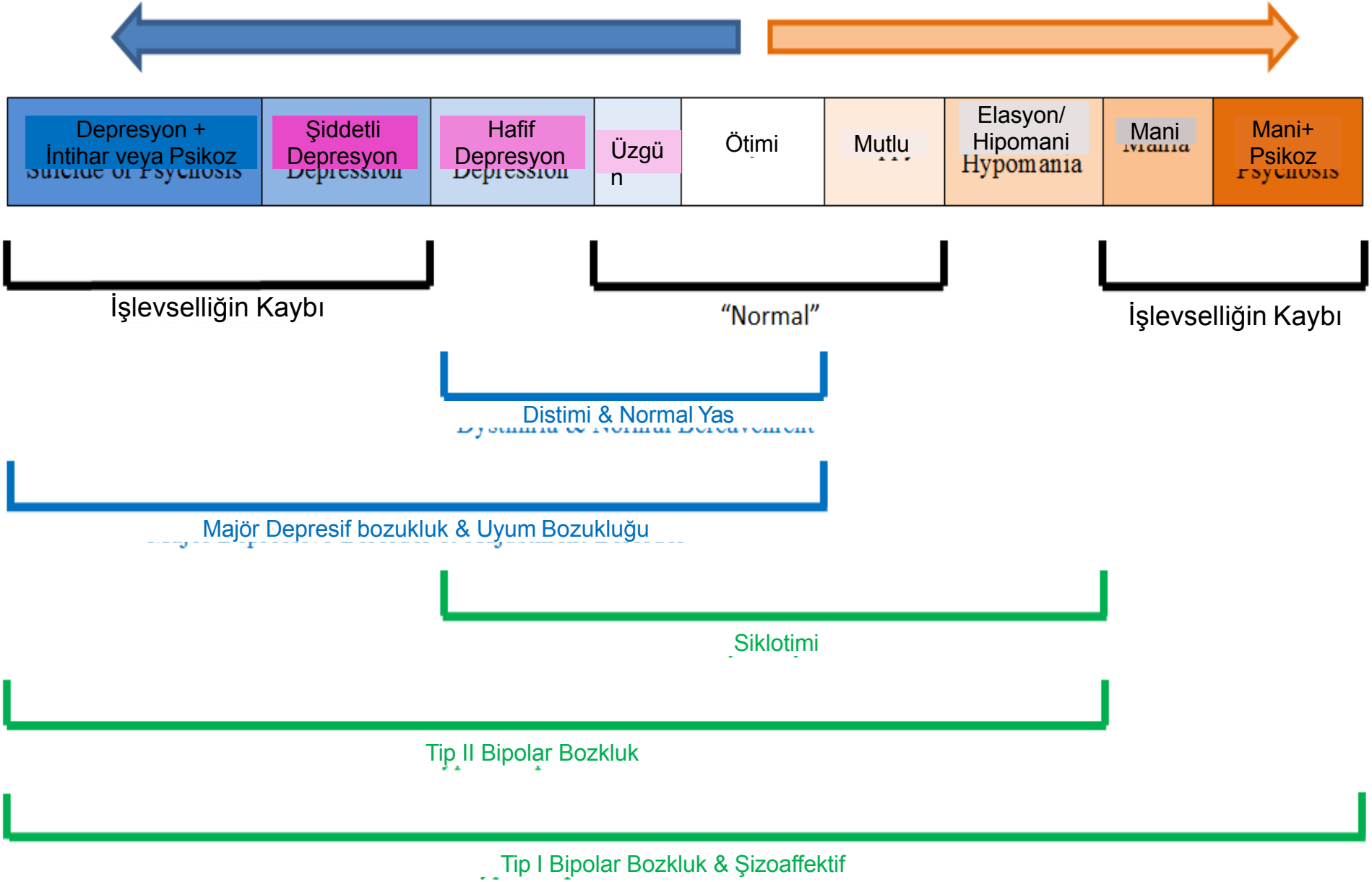
	NE	5-HT	D
Prefrontal Korteks	Mizaçta yükselme, irritabilite Büyüklük hissi Risk alma Logore, basınçlı konuşma, düşüncelerin zihinde yarıştığı hissi Distraktibilite	irritabilite Büyüklük hissi Risk alma Logore, basınçlı konuşma, düşüncelerin zihinde yarıştığı hissi	irritabilite Büyüklük hissi Risk alma Logore, basınçlı konuşma, düşüncelerin zihinde yarıştığı hissi Distraktibilite
Bazal Önbeyin	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma
Nukleus Akkumbens	Büyüklük hissi Risk alma Logore, basınçlı konuşma, düşüncelerin zihinde yarıştığı hissi		Büyüklük hissi Risk alma Logore, basınçlı konuşma, düşüncelerin zihinde yarıştığı hissi
Amigdala	Mizaçta yükselme, irritabilite	Mizaçta yükselme, irritabilite	Mizaçta yükselme, irritabilite
Striatum			
Talamus	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma
Hipotalamus	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma	Uyku gereksiniminde azalma
Serebellum			
Spinal Kord			

Etyoloji (Biyolojik)

- Genetik (birden fazla gen)
  - Aile çalışmaları
    - (birinci dereceden akrabalarda risk 7 kat fazla)
  - İkiz çalışmaları
    - (monozigot ikizlerde konkordans %33-90 arasında)
  - Evlatlık çalışmaları

Duygudurum Bozukluklarına Genel Bakış




Depresyon + İntihar veya Psikoz
Şiddetli Depresyon
Hafif Depresyon
Üzgün
Ötimi
Mutlu
Elasyon/ Hipomani
Hypomania
Mani
Mani+ Psikoz
İşlevselliğin Kaybı
"Normal"
İşlevselliğin Kaybı
Distimi & Normal Yas
Majör Depresif bozukluk & Uyum Bozukluğu
Siklotimi
Tip II Bipolar Bozkluk
Tip I Bipolar Bozkluk & Şizoaffektif

Tedavi

- **Psikofarmakolojik tedaviler**
- Elektrokonvulzif tedavi
- Psikoterapiler (grup ve bireysel)
- Sivil toplum örgütlenmeleri (hasta ve ailelerinin yardımlaşma ve
dayanışma dernekleri)

Psikofarmakolojik Tedaviler

Manik DönemTedavisi

- Duygudurum düzenleyiciler
- Antipsikotik ilaçlar
- Benzodiazepinler

Depresif Dönem Tedavisi

- Duygudurum düzenleyiciler
- Antidepressan ilaçlar
- Benzodiazepinler

Profilaktik (Koruma / Sürdürüm) Tedavisi

- Duygudurum düzenleyiciler
- Atipik antipsikotik ilaçlar